



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

2009-2011

Διπλωματική Εργασία

Παππάς Πέτρος

**Κοινωνικο-ψυχολογικό Προφίλ Ειδικευόμενων στην Γενική
Ιατρική, στην Παθολογία και η διασύνδεσή του με την
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΓΚΟΥΒΑ ΜΑΙΡΗ, Επίκουρος καθηγήτρια ΤΕΙ Ηπείρου

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

2009-2011

Διπλωματική Εργασία Παππάς Πέτρος

**Κοινωνικο-ψυχολογικό Προφίλ Ειδικευόμενων στην
Γενική Ιατρική, στην Παθολογία και η διασύνδεσή του
με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΓΚΟΥΒΑ ΜΑΙΡΗ, Επίκουρος
καθηγήτρια ΤΕΙ Ηπείρου Αύγουστος 2011



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

2009-2011 Διπλωματική Εργασία

**Κοινωνικο-ψυχολογικό Προφίλ Ειδικευόμενων στην
Γενική Ιατρική, την Παθολόγια και η διασύνδεσή του
με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Τομέας Επιστημών Υγείας

Τριμελής Επιτροπή

1. 1. Γκούβα Μαίρη, Επίκουρος Καθηγήτρια, ΤΕΙ Ηπείρου
2. 2. Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής,
ΤΕΙ Λάρισας
3. 3. Ιωάννης Δημολιάτης, Επίκουρος Καθηγητής, Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

Αύγουστος 2011

Copyright © Πέτρος Παππάς, 2011 Με επιφύλαξη παντός
δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Σχολής Επιστημών Υγείας του Τμήματος Ιατρικής (Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας). Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους της Ιατρικής Σχολής.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά, όπου απαιτείται, και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Κατάλογος περιεχομένων

Περίληψη.....	11
Abstract.....	12
1.1 Νομοθετικό πλαίσιο της ΠΦΥ στην Ελλάδα	13
1.2 Γενικοί Ιατροί και Παθολόγοι στην ΠΦΥ της Ελλάδας	13
1.3 Ψυχιατρική νοσηρότητα των ιατρών	15
1.3.1 Ιατροί και κατάθλιψη	15
1.3.2 Ιατροί και αυτοκτονία	17
1.3.3 Ιατροί και αλκοολισμός	18
1.3.4 Ιατροί και κατάχρηση ουσιών	19
1.3.5 Ιατροί και γενική ψυχική νοσηρότητα	20
1.4 Η προσωπικότητα ως παράγοντας στην επιλογή επαγγέλματος	20
Κεφάλαιο 2 Στόχοι και σκεπτικό της έρευνας	24
Κεφάλαιο 3 Μέθοδος	26
3.1 Εργαλεία μέτρησης	26
3.1.1 Κλίμακα Αλτρουισμού – Altruism Scale (Ahmed και Jackson, 1979)	26
3.1.2 Η κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας -Narcissistic Personality Inventory (NPI; Raskin & Hall 1979)	27
3.1.3 Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale-OAS) (Goss, Gilbert & Allan, 1994)	28
3.1.4 Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale-ESS) (Andrews, Qian & Valentine, 2002)	28
3.1.5 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90) (Derogatis, 1977)	29

3.1.6	Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire -HDHQ) (Caine και συν, 1967)	30
3.1.7	Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) (Brennan et al., 1998)	31
3.1.8	Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου -Fear of pain questionnaire (FPQ-III; McNeil & Rainwater, 1998)	31
3.1.9	Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R; Scheier et al. 1994)	32
3.1.10	Τεστ προσωπικότητας (Eysenck Personality Questionnaire)	33
3.1.11	Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων	34
3.2	Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης	34
3.2.1	Αξιοπιστία ερωτηματολογίου	34
3.3	Περιγραφή των ερωτώμενων	35
3.4	Συμπερασματικά	47
3.5	Στατιστική επεξεργασία των δεδομένων	48

Κεφάλαιο 4 Αποτελέσματα 49

4.1	Κλίμακες που μελετήθηκαν	49
	Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) (Brennan et al., 1998)	51
4.2	Κλίμακα Αλtruισμού -Altruism Scale (Ahmet και Jackson, 1979)	53
4.3	Κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας Narcissistic Personality Inventory (NPI, Raskin & Hall 1979)	54
4.4	Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale – OAS)	56
4.5	Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale-ESS)	58
4.6	Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90)	60
4.7	Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire – HDHQ)	62
4.8	Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) (Brennan et al., 1998)	66
4.9	Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου -Fear of pain questionnaire (FPQ-	

III;	McNeil	&
Rainwater,	1998)	66
4.10	Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R; Scheier et al. 1994)	68
4.11	Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας του Eysenck (Eysenck Personality Questionnaire)	69
4.11.1	Κλίμακα Εξωστρέφειας – Εσωστρέφειας	70
4.11.2	Κλίμακα Νευρωτισμού	72
4.11.3	Κλίμακα Ψυχωτισμού	74
4.11.4	Συσχέτιση μεταξύ Ψυχωτισμού και Νευρωτισμού	75
4.11.5	Συσχέτιση μεταξύ Ψυχωτισμού – Νευρωτισμού και Εσωστρέφειας – Εξωστρέφειας	75
4.12	Συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων	76

Κεφάλαιο 5 Στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις 77

5.1	Διαφοροποιήσεις μεταξύ Γενικών Ιατρών και Γενικών Παθολόγων	81
5.2	Συσχετίσεις ειδικότητας και άλλων ποιοτικών μεταβλητών	81
5.2.1	Συσχέτιση Ειδικότητας και Νευρωτισμού	81
5.2.2	Συσχέτιση Ειδικότητας και Εσωστρέφειας	82
5.2.3	Συμπερασματικά	83
5.3	Διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο φύλων	83
5.4	Συσχέτιση Φύλου και Νευρωτισμού	86
5.5	Παράγοντες συσχετιζόμενοι με το Νευρωτισμό	87
5.6	Παράγοντες σχετιζόμενοι με το Ψυχωτισμό	90
5.7	Διαφοροποιήσεις μεταξύ μεγέθους τόπου καταγωγής	91

Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale-OAS) 92

Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale-ESS) 92

Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90) 92

Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire -HDHQ)	93
Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI)	93
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)	93
Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας του Eysenck (Eysenck Personality Questionnaire)	93
5.7.1 Αναλυτική περιγραφή των διαφοροποιήσεων	94
5.8 Διαφοροποιήσεις μεταξύ των ιατρών που έχουν στην οικογένεια τους κάποιον συγγενή και των υπολοίπων	96
Κεφάλαιο 6 Αποτελέσματα	100
6.1 Τα αποτελέσματα ανά κλίμακα μελέτης	100
6.1.1 Κλίμακα Αλτρουισμού και Κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας ..	100
6.1.2 Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (OAS) και Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale-ESS)	100
6.1.3 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90)	100
6.1.4 Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (HDHQ)	101
6.1.5 Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI)	102
6.1.6 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου -Fear of pain questionnaire (FPQ-III) ..	103
6.1.7 Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)	103
6.1.8 Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας του Eysenck (Eysenck Personality Questionnaire)	103
6.2 Συζήτηση	104
Βιβλιογραφία	109
Παράρτημα.....	116

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ θερμά, την Καθηγήτριά μου, Κυρία Μαίρη Γκούβα, που περιέβαλλε με ιδιαίτερη στοργή κάθε κομμάτι της παρούσας εργασίας και μου μετέδωσε απλόχερα τόσες πολύτιμες γνώσεις.

Ευχαριστώ τον Κύριο Επαμεινώντα Διαμαντόπουλο, καθηγητή Μαθηματικών, για την επιστημονική και τεχνική βοήθεια στην εργασία μου.

Αυτή η εργασία αφιερώνεται...

Στους γονείς μου Νίκη και Μιχάλη, χωρίς τους οποίους τίποτε δεν θα ήταν δυνατό

Στην καθηγήτριά μου Κα Μαίρη Γκούβα της οποίας η επιστημονική αλλά και ανθρώπινη

υποστήριξη και συμπαράσταση στην εργασία μου, ήταν ανεκτίμητη.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ανάπτυξη της ειδικότητας της Γενικής Ιατρικής την τελευταία 20ετία και στην Ελλάδα και η είσοδος σε αυτή ενός διαρκώς αυξανόμενου αριθμού νέων Γενικών Ιατρών οδήγησε στην «αναπόφευκτη» συγκατοίκηση αυτών με τους ειδικούς Παθολόγους στις διαφορές δομές της ΠΦΥ, ιδίως στα Κέντρα Υγείας τα οποία – ελλείπει ικανού αριθμού Γενικών Ιατρών – στελέχωσαν οι τελευταίοι κατά το παρελθόν. Οι δυο ειδικότητες με διαφορετικό αντικείμενο εκπαίδευσης, επιστημονικό ρόλο, αλλά και τομείς αλληλεπικαλυπτομένης δράσης καλούνται να συνυπάρξουν στη νέα πραγματικότητα της ΠΦΥ που σχεδιάζεται για τη χώρα. **Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε συγκριτική έρευνα ψυχομετρικών και κοινωνιολογικών-επιδημιολογικών χαρακτηριστικών σε δείγμα 102 ειδικευόμενων ιατρών (52 ειδικευόμενων Γενικής Ιατρικής και 50 παθολογίας) υπηρετούντων σε νοσοκομεία της Κεντρικής Μακεδονίας

κατά το διάστημα Φεβρουάριος 2011-Μάιος 2011.

Σκοπός: Η σύγκριση των δύο ομάδων ως προς διάφορες ψυχολογικές παραμέτρους αλλά και η αποτύπωση γενικότερων κοινωνιολογικών-δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος.

Αποτελέσματα: Βρέθηκε πως οι ειδικευόμενοι Γενικοί Ιατροί εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους ειδικευόμενους Παθολόγους στην κλίμακα άγχους αλλά και στην κλίμακα Νευρωτισμού. Ακόμη διαπιστώθηκε του ότι οι γυναίκες του δείγματος σημειώνουν χαμηλότερα ποσοστά εξωστρέφειας από τους άντρες του δείγματος. Τέλος μεγάλο ποσοστό Γενικών Ιατρών (78,8%) αισθάνεται ότι η ειδικότητα τους είναι αδικημένη ενώ σημαντικό ποσοστό (42,4%) και από τις δυο ειδικότητες δήλωσε μετανοιωμένο από την ειδικότητα που επέλεξε.

Abstract

Introduction: The continuous development of the medical specialization of Family Medicine in Greece during the last 20 years and the constantly increasing number of **young specialists entering this area led to the unavoidable "co-inhabitation" of** General Practitioners with doctors specializing in Internal Medicine, especially in the various Health Centers located in various parts of the country. The scarcity of General Practitioners in Greece ,during the past decades, led many Internal Medicine specialists to staff the Primary Health Units of the country. Having different scientific role but also sharing common fields of medical action these two specializations have to co-exist in the new reality that is being developed in the Primary Care of Greece.

Method: A comparative research among 102 resident doctors (52 in General Practice and 50 in Internal Medicine) was held in hospitals of Central Macedonia region from February 2011-May 2011. Aim:A comparison of the two subgroups regarding various psychological characteristics and additionally the recording of general sociologic-epidemiologic characteristics of the sample. Results: It was demonstrated that the residents of General Practice have a higher score in the Anxiety as well as in the Neurotism scale. Additionally, it is found that women of the sample demonstrate a lesser percentage of extroversion than men. Finally, a great percentage of General Practitioners (78,8%) sense that their specialization is

underprivileged and additionally 42,4% of both specialization are regretting their choice of specialization.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1 Εισαγωγή

1.1 Νομοθετικό πλαίσιο της ΠΦΥ στην Ελλάδα

Ο βασικός σκοπός κάθε συστήματος υγείας, στα πλαίσια του κοινωνικού κράτους, είναι η διασφάλιση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και κατ' επέκταση η βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και ποιότητας ζωής του πληθυσμού. Το ελληνικό σύστημα υγείας με τις ακόλουθες νομοθετικές ρυθμίσεις επεδίωξε την αναβάθμιση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Σύμφωνα με τις αρχές της διακήρυξης της Alma-Ata, ήταν ο νόμος 1397/1983 πλαίσιο 11 για την ΠΦΥ, ο οποίος είχε στόχους την καθολικότητα στην ασφαλιστική κάλυψη, την ισότητα της πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, την ανάπτυξη όλων των βαθμίδων περίθαλψης από το ΕΣΥ και την ποιοτική και ποσοτική αύξηση των επενδύσεων και του ανθρώπινου δυναμικού στο δημόσιο τομέα. Από τους παραπάνω στόχους κάποιοι επιτεύχθηκαν σε ικανοποιητικό βαθμό [θεσμοθέτηση νέων ιατρικών ειδικοτήτων, επιτροπή ΠΦΥ, δημιουργία 400 Κέντρων Υγείας (ΚΥ)] ενώ άλλοι δεν ικανοποιήθηκαν καθόλου (κάρτα υγείας, μείωση ποσοστού χρηματοδότησης της ΠΦΥ)

Συγκεκριμένα, ΠΦΥ παρέχεται από: (α) το Εθνικό Σύστημα Υγείας, μέσω των 201 Κέντρων Υγείας, των 1478 Περιφερειακών Ιατρείων και των πρωινών και απογευματινών Εξωτερικών Ιατρείων 132 νοσοκομείων. Στις υπηρεσίες αυτές έχουν

πρόσβαση όλοι οι ασφαλισμένοι πολίτες καθώς και οι ανασφάλιστοι σε περιπτώσεις εκτάκτων περιστατικών, (β) τα Δημόσια Ασφαλιστικά Ταμεία (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ, ΟΑΕΕ). Υπηρεσίες παρέχονται από τα 350 πολυϊατρεία των ασφαλιστικών ταμείων, συμβεβλημένους με τα ασφαλιστικά ταμεία ιδιώτες ιατρούς καθώς και συμβεβλημένα διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια του ιδιωτικού τομέα. Πρόσβαση έχουν οι ασφαλισμένοι των ταμείων. Το ΙΚΑ διαθέτει ένα ευρύ φάσμα δομών και υπηρεσιών ΠΦΥ, συχνά καινοτόμων, όπως Οικογενειακού Προγραμματισμού, Προστασίας Μάνας και Παιδιού, κέντρα παιδοψυχικής υγιεινής και προληπτικής ιατρικής, (γ) την Τοπική Αυτοδιοίκηση. Στη χώρα μας λειτουργούν 663 ΚΑΠΗ, 791 προγράμματα Βοήθειας στο σπίτι και Δημοτικά Ιατρεία τα οποία παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα και περίθαλψη και άλλοτε μόνο προνοιακές υπηρεσίες, (δ) τον ιδιωτικό τομέα (ιδιώτες ιατροί, διαγνωστικά κέντρα και ιατρεία), ο οποίος ανταγωνίζεται έντονα το δημόσιο σύστημα προσφέροντας υψηλή τεχνολογία και ξενοδοχειακού τύπου συνθήκες, (ε) τις μη κυβερνητικές-μη κερδοσκοπικές οργανώσεις, οι οποίες εξυπηρετούν το γενικό πληθυσμό (ΕΕΣ) ή μετανάστες και πρόσφυγες στα πολυϊατρεία τους (Γιατροί Χωρίς Σύνορα, Γιατροί του Κόσμου).

1.2 Γενικοί Ιατροί και Παθολόγοι στην ΠΦΥ της Ελλάδας

Είναι κοινός τόπος ότι η ανάπτυξη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα ακολούθησε την αντίθετη –από τις άλλες Ευρωπαϊκές Χώρες–κατεύθυνση και έγινε με την προωριότερη ανάπτυξη των δευτεροβαθμίων και τριτοβαθμίων δομών και την μετέπειτα ανάπτυξη των πρωτοβαθμίων δομών αυτού. Ως αποτέλεσμα, είναι η ύπαρξη μεγάλου αριθμού εξειδικευμένων ιατρών σε διαφορές ειδικότητες και μονό ενός μικρού ποσοστού –επί του συνόλου του ιατρικού πληθυσμού–στην ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής. Σε αντίθεση με τα ελληνικά δεδομένα, στις υπόλοιπες χώρες οι γενικοί/οικογενειακοί ιατροί αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό του ιατρικού πληθυσμού της κάθε χώρας. Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΣΥΕ, κατά το 2007, υπήρχαν στην Ελλάδα 1.692 ιατροί Γενικής Ιατρικής, επί συνόλου 62.207 γιατρών. Το ποσοστό στο σύνολο των ιατρών είναι μόλις 1,8%, ή εφόσον αφαιρεθούν οι γιατροί που δεν είχαν τίτλο ειδικότητας (23.182), το ποσοστό των Γενικών Ιατρών φτάνει το 4,3% των ειδικευμένων ιατρών στην Ελλάδα.

Στον πίνακα 1.2.1 παρουσιάζεται ο αριθμός και η αναλογία των Γενικών Ιατρών σε

διάφορες ευρωπαϊκές χώρες, σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. (Τα στοιχεία για την Ελλάδα προέρχονται από την ΕΣΥΕ, δεδομένου ότι ο ΠΟΥ δεν διαθέτει αντίστοιχα στοιχεία για τη χώρα μας). Όπως φαίνεται από τον πίνακα, στις περισσότερες χώρες, το ποσοστό των Γενικών Ιατρών ξεπερνά το 20% και φτάνει μέχρι 48,9% στη Γαλλία.

Πίνακας 1.2.1: Αριθμός και αναλογία Γενικών Ιατρών σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες, 2006.

	Αριθμός Γενικών Ιατρών (2006)	Ποσοστό Γενικών Ιατρών στο σύνολο των ιατρών	Γενικοί Ιατροί ανά 100.000 κατοίκους
Αυστρία	12.488	41,2	104,6
Γαλλία	101.247	48,9	165,1
Γερμανία	81.651	28,7	99,1
Ελλάδα(*)	1.692	1,8 (4,3)	1,5
Ιταλία	54.004	25,1	91,6
Ισπανία	31.998	20,0	73,8
Νορβηγία	3.511	20,1	75,3
Ολλανδία	8.495	13,6	52,0
Σουηδία	5.487	16,9	60,4

Η ανάπτυξη της ειδικότητας της Γενικής Ιατρικής την τελευταία 20ετία και στην Ελλάδα και η είσοδος σε αυτή ενός διαρκώς αυξανόμενου αριθμού νέων Γενικών Ιατρών οδήγησε στην «αναπόφευκτη» συγκατοίκηση αυτών με τους ειδικούς Παθολόγους στις διαφορές δομές της ΠΦΥ, ιδίως στα Κέντρα Υγείας τα οποία –έλλειψη ικανού αριθμού Γενικών Ιατρών-στελέχωσαν οι τελευταίοι κατά το παρελθόν.

Οι δυο ειδικότητες με διαφορετικό αντικείμενο εκπαίδευσης, επιστημονικό ρόλο, αλλά και τομείς αλληλεπικαλυπτομένης δράσης καλούνται να συνυπάρξουν στη νέα πραγματικότητα της ΠΦΥ που σχεδιάζεται για τη χώρα.

1.3 Ψυχιατρική νοσηρότητα των ιατρών

Για τους περισσότερους ιατρούς, η επιλογή της Ιατρικής αντιπροσωπεύει μια

επιτυχημένη καριέρα, όχι για όλους όμως. Για ορισμένους αντανάκλα ένα ταξίδι στην απόγνωση. Σημαντικός αριθμός ιατρών υποφέρει από ψυχικά νοσήματα, ενίοτε πολύ σοβαρά. Σε έρευνα ανάμεσα στους τελειόφοιτους Ιατρικής του Πανεπιστημίου John Hopkins στις ΗΠΑ, βρέθηκε ότι ποσοστό 10% από αυτούς εμφάνιζε σημαντική ψυχιατρική νοσηρότητα. Άλλες μελέτες έχουν προσδιορίσει την ψυχιατρική νοσηρότητα των ιατρών στο 25%. Σε πρόσφατη μελέτη σχετικά με την πρόωρη συνταξιοδότηση από το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου, η συχνότερη αιτία συνταξιοδότησης ήταν τα ψυχικά νοσήματα. Σαν επαγγελματική κατηγορία, οι ιατροί υπόκεινται σε υψηλό βαθμό ψυχολογικής πίεσης, η οποία σχετίζεται και με τις αυξημένες επαγγελματικές προσδοκίες που η κοινωνία διατηρεί απέναντί τους.

1.3.1 Ιατροί και κατάθλιψη

Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι ποσοστό περίπου 30% των ιατρών κατά το πρώτο μεταπτυχιακό έτος παρουσιάζουν συμπτώματα κλινικής κατάθλιψης, ποσοστό που μειώνεται όσο βελτιώνεται η επαγγελματική αποκατάσταση. Ωστόσο, η πλειονότητα των ερευνητικών εργασιών δεν τεκμηριώνει υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης στους ιατρούς σε σχέση με το γενικό πληθυσμό ή άλλες ομάδες επαγγελματιών. Οι γυναίκες ιατροί πλήττονται συχνότερα από κατάθλιψη απ' ότι οι άνδρες συνάδελφοί τους, εύρημα που αντικατοπτρίζει άλλωστε τη διαπιστωμένα υψηλότερη επίπτωση της κατάθλιψης στο γυναικείο πληθυσμό.

Σύμφωνα με έρευνα των Hsu και Marshall, οι γυναίκες ιατροί ήταν 1,5 φορές πιθανότερο να εμφανίσουν κατάθλιψη και 8 φορές πιθανότερο να παρουσιάσουν σοβαρή κατάθλιψη σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους. Αποτελέσματα ερευνητικών εργασιών δείχνουν ότι ιδιαίτερα ψυχοπιεστική περίοδος για τους ιατρούς είναι και η μετάβαση από το στάδιο του ειδικευόμενου σε εκείνο του ειδικού, τόσο ως επιμελητή σε νοσοκομείο, όσο και ως ιδιώτη ειδικευμένου.

Άλλο ενδιαφέρον εύρημα αποτελεί η διαπίστωση ότι το κλινικό έργο των ιατρών που αντιμετωπίζουν ψυχικές δυσκολίες διατηρείται μέχρι τέλους σε σχετικά καλά επίπεδα, με καλή έως πολύ καλή λειτουργικότητα. Υποστηρίζεται η άποψη ότι οι ιατροί που αντιμετωπίζουν τέτοιες δυσκολίες διοχετεύουν όλη τους την ενέργεια στη διατήρηση του επαγγελματικού τους ρόλου, με την εξάντλησή τους να εκδηλώνεται όταν

βρίσκονται εκτός εργασίας. Αρκετές μελέτες έχουν τεκμηριώσει υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης σε γυναίκες ιατρούς –και σε γυναίκες εργαζόμενες, γενικότερα– σε σχέση με τις μη εργαζόμενες. Οι προδιαθεσικοί παράγοντες στην εκδήλωση κατάθλιψη σε γυναίκες ιατρούς λίγο αποκλίνουν από εκείνους στις υπόλοιπες γυναίκες. Μοναχική ζωή, ιστορικό διαταραχών πρόσληψης τροφής ή άλλων ψυχιατρικών παθήσεων, αλκοολισμός, σωματικά νοσήματα (περιλαμβάνεται το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, το κάπνισμα και η παχυσαρκία), ιστορικό σεξουαλικής και σωματικής κακοποίησης είναι κοινοί παράγοντες. Στις γυναίκες ιατρούς –όπως και στις εργαζόμενες γυναίκες, γενικότερα– επιπρόσθετοι επιβαρυντικοί παράγοντες είναι η επαγγελματική αποτυχία, η σύγχυση των ρόλων και η παρενόχληση στον εργασιακό χώρο. Στην αιτιοπαθογένεια των ψυχιατρικών διαταραχών των ιατρών –και της κατάθλιψης ειδικότερα– αναφέρονται οι ακόλουθες θεωρίες. Η πρώτη πρεσβεύει ότι ο ρόλος του ιατρού καθορίζεται από ορισμένες κοινωνικές επιταγές. Η επιτυχής εκπλήρωση του ρόλου αυτού απαιτεί ο ιατρός να λειτουργεί στο ανώτατο επίπεδο επάρκειας συνεχώς.

Επειδή αυτό είναι αναπόφευκτα αδύνατο, ο ιατρός μπορεί να αρχίσει να εργάζεται πολύ περισσότερο απ' ό,τι προηγουμένως, προκειμένου να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του ρόλου του. Με τον τρόπο αυτόν οι αποτυχίες πολλαπλασιάζονται σιγά - σιγά και ο ιατρός ή θα δεχθεί τα όριά του ή θα βυθιστεί σε μια σταδιακά επιδεινούμενη αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Σύμφωνα με την άλλη θεωρία, η Ιατρική προσελκύει ένα δυσανάλογα μεγάλο αριθμό ατόμων με προσωπικότητα πλούσια σε ιδεοψυχαναγκαστικά γνωρίσματα (ιδιαίτερη προσοχή στην ευταξία, την οργανωτικότητα, τη μεθοδικότητα, την τελειομανία, την ευθιξία, την αυτοκριτική). Τα άτομα αυτά, ενώ εμφανίζουν μεγάλη στοχοπροσήλωση και επιμονή, παρουσιάζουν σχετικά μικρή ευελιξία και αυθόρμητη δημιουργικότητα. Τα γνωρίσματα αυτά, ενώ είναι υπερεπαρκγία μια εξαιρετική πορεία στην Ιατρική Σχολή, μπορεί να προκαλέσουν δυσκολίες στην προσαρμογή στον όχι τόσο αυστηρά δομημένο κόσμο της κλινικής Ιατρικής και της προσωπικής-οικογενειακής ζωής. Επιπρόσθετα, είναι πλέον επιστημονικά τεκμηριωμένη η ευαλωτότητα ατόμων με παρόμοια χαρακτηριστικά στην εκδήλωση κλινικής κατάθλιψης. Οι συνθήκες εργασίας των ιατρών, τα εξαντλητικά ωράρια εργασίας, η άσχημη ή η ελλιπής σχέση με τους εκπαιδευτές τους (όταν είναι εκπαιδευόμενοι) καθώς και η έλλειψη ύπνου επίσης συμβάλλουν στην ανάπτυξη ψυχιατρικών συμπτωμάτων, τα οποία μακροπρόθεσμα μπορεί να οδηγήσουν σε κατάθλιψη. Η έλλειψη ύπνου, ειδικά, έχει σχετιστεί με εκδήλωση νευρικότητας, θυμού, ευερεθιστότητας, άσχημης διάθεσης και θλίψης (Parthasarathy, 2005)

Εάν η έλλειψη ύπνου συνδυαστεί με απομόνωση –όπως λ.χ. συμβαίνει με τον υπερβολικό αριθμό εφημεριών– ο κίνδυνος εκδήλωσης ψυχοπαθολογίας αυξάνεται. Τα ανωτέρω ευρήματα αμφισβητούνται από μελέτες, οι οποίες υποστηρίζουν ότι πίσω από την έμφαση στον υπερβολικό φόρτο εργασίας των ιατρών κρύβεται η δυσκολία διαχείρισης από μέρους τους του πόνου και της προοπτικής του θανάτου των ασθενών τους, καθώς και του φόβου επαγγελματικής αποτυχίας και ανεπάρκειας. Οι δυσκολίες αυτές μπορούν –κατά ένα μέρος– να εξηγήσουν τα υψηλά επίπεδα κατάθλιψης στους ιατρούς που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας. Είναι όμως αρκετά πιθανό η διαχείριση τέτοιων συναισθημάτων να είναι ευχερέστερη από μη εξουθενωμένους ιατρούς. Άλλοι παράγοντες, όπως η σύγκρουση ανάμεσα στην καριέρα και την προσωπική ζωή, η ευθύνη του ρόλου, η λήψη σημαντικών αποφάσεων, διάπραξη σφαλμάτων και η απειλή δικαστικών μηνύσεων από τους ασθενείς και τους συγγενείς τους, μπορεί να προδιαθέσουν επίσης τους ιατρούς σε κατάθλιψη.

1.3.2 Ιατροί και αυτοκτονία

Σύμφωνα με σχετικές μελέτες, οι ιατροί, αλλά και οι φοιτητές Ιατρικής, υπεραντιπροσωπεύονται ανάμεσα στους αυτόχειρες. Σε μελέτη στις ΗΠΑ, βρέθηκε ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας κατ' έτος για τους ιατρούς (79 ανά 100.000) ήταν πολύ υψηλότερος από τον αντίστοιχο των δικηγόρων (54 ανά 100.000) και των αρχιτεκτόνων (50 ανά 100.000). Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι Βρετανοί ιατροί αυτοκτονούν 1,5 φορές συχνότερα απ' ό,τι συνομήλικοί τους ανάλογης κοινωνικής τάξης

(S. Shortt, 1979). Σε άλλη έρευνα στις ΗΠΑ, η συχνότητα των αυτοκτονιών ήταν 1,15 φορές υψηλότερη σε σχέση με το γενικό πληθυσμό για τους άνδρες ιατρούς και 3 φορές υψηλότερη

για τις γυναίκες ιατρούς (Firth – Cozens, 1997). Η διαπίστωση ότι οι άνδρες ιατροί αυτοκτονούν ελαφρώς περισσότερο από το γενικό πληθυσμό, ενώ οι γυναίκες πολύ παραπάνω, επιβεβαιώνεται και από παλαιότερες μελέτες. Σε Σουηδική μελέτη, 10% των Σουηδών ιατρών είχαν σκεφθεί σοβαρά να θέσουν τέλος στη ζωή τους και 1% είχε αποπειραθεί, Νορβηγών ιατρών είναι παντρεμένοι ή συζούν, έναντι 78% των γυναικών ιατρών που βρίσκονται σε ανάλογη θέση. Σε συνδυασμό με όσα αναφέρθηκαν προηγουμένως, φαίνεται ότι εάν ο(η) ιατρός διατηρεί συγκροτημένη προσωπική ζωή, μπορεί να διαχειριστεί το εργασιακό stress αποτελεσματικότερα. Επομένως, μπορεί να υποστηριχθεί ότι προσωπικά και οικογενειακά προβλήματα,

καθώς και η απουσία σταθερού δεσμού, κατέχουν σημαίνοντα ρόλο σε όσους αυτοκτονούν μετέπειτα. Αξιοσημείωτη είναι η θετική συσχέτιση με το διαζύγιο και τη συνταξιοδότηση για τους άνδρες ιατρούς αυτόχειρες, ενώ οι γυναίκες ιατροί αυτοκτονούν συχνότερα κατά τη διάρκεια της ειδικότητας ή λίγο μετά. Σύμφωνα με μελέτες, οι ιατροί εμφανίζουν συχνότερα αυτοκτονικό ιδεασμό σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, κάνουν λιγότερες απόπειρες και αυτοκτονούν συχνότερα. Επομένως, είναι λογικό να συμπεράνουμε ότι επιτυγχάνουν περισσότερο στην εκπλήρωση της πρόθεσής τους. Μια αρκετά πιθανή εξήγηση είναι ότι χρησιμοποιούν τις επαγγελματικές τους γνώσεις για να ολοκληρώσουν επιτυχώς την ενέργειά τους, εν επιπρόσθετα έχουν εύκολη πρόσβαση σε δυνητικά θανατηφόρες ουσίες. Αναφορικά με τις ιατρικές ειδικότητες, τα περισσότερα ευρήματα συνηγορούν στο γεγονός ότι οι αναισθησιολόγοι, οι γενικοί ιατροί και οι ψυχίατροι αυτοκτονούν συχνότερα σε σχέση με τους συναδέλφους τους άλλων ειδικοτήτων. Ευρήματα μελέτης στη Γερμανία δείχνουν υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών των γυναικών αναισθησιολόγων αλλά και ψυχιάτρων σε σχέση με τις γυναίκες ιατρούς άλλων ειδικοτήτων. περισσότερο γυναίκες απ' ό,τι άνδρες. Αντίστοιχα στη Δανία, 10% των νέων ιατρών είχαν σκεφθεί την αυτοκτονία και 0,5% την είχαν επιχειρήσει, οι γυναίκες πολύ συχνότερα από τους άνδρες (αναλογία 3:1). Ενδιαφέροντα είναι και τα ευρήματα της συστηματικής ανασκόπησης των άρθρων που μελετούν τη θνησιμότητα εξαιτίας αυτοκτονιών σε ιατρούς, ανάλογα με το φύλο τους (Lindeman et al, 1996). Διαπιστώθηκε ότι ο σχετικός κίνδυνος για τους άνδρες ιατρούς κυμαινόταν μεταξύ 1,1–3,4, ενώ για τις γυναίκες ιατρούς μεταξύ 2,5–5,7, όταν συγκρινόταν με το γενικό πληθυσμό. Όταν μέτρο σύγκρισης ήταν άλλοι επαγγελματίες, ο σχετικός κίνδυνος για τους άνδρες ιατρούς κυμαινόταν από 1,5–3,8, ενώ για τις γυναίκες ιατρούς μεταξύ 3,7–4,5. Τα ευρήματα αυτά αναπαράγονται και από σειρά άλλων μελετών (Carlson et al, 1981, Puschel et al, 2006). Οι άνδρες ιατροί που αυτοκτονούν είναι συνήθως μεταξύ 45–65 ετών, ενώ οι γυναίκες αυτοκτονούν σε νεότερη ηλικία (40% όσων αυτοκτονούν είναι <40 ετών). Ο κύριος τρόπος αυτοκτονίας είναι με υπερβολική λήψη φαρμάκων, αν και οι άνδρες, όχι σπάνια, χρησιμοποιούν πυροβόλα όπλα. Κατάθλιψη, εξάρτηση από ουσίες και οινόπνευμα, προηγούμενες αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, σωματικά νοσήματα, διαπροσωπικές δυσκολίες, επαγγελματικές ματαιώσεις, μοναχική ζωή, αποτελούν σοβαρούς προδιαθεσικούς παράγοντες. Νορβηγική έρευνα έδειξε ότι ποσοστό περίπου 90% των ανδρών Νορβηγών ιατρών είναι παντρεμένοι ή συζούν, έναντι 78% των γυναικών ιατρών που βρίσκονται σε ανάλογη θέση. Σε συνδυασμό με όσα αναφέρθηκαν προηγουμένως, φαίνεται ότι εάν ο(η) ιατρός διατηρεί

συγκροτημένη προσωπική ζωή, μπορεί να διαχειριστεί το εργασιακό stress αποτελεσματικότερα. Επομένως, μπορεί να υποστηριχθεί ότι προσωπικά και οικογενειακά προβλήματα, καθώς και η απουσία σταθερού δεσμού, κατέχουν σημαίνοντα ρόλο σε όσους αυτοκτονούν μετέπειτα. Αξιοσημείωτη είναι η θετική συσχέτιση με το διαζύγιο και τη συνταξιοδότηση για τους άνδρες ιατρούς αυτόχειρες, ενώ οι γυναίκες ιατροί αυτοκτονούν συχνότερα κατά τη διάρκεια της ειδικότητας ή λίγο μετά (S. Shortt, 1979). Σύμφωνα με μελέτες, οι ιατροί εμφανίζουν συχνότερα αυτοκτονικό ιδεασμό σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, κάνουν λιγότερες απόπειρες και αυτοκτονούν συχνότερα. Επομένως, είναι λογικό να συμπεράνουμε ότι επιτυγχάνουν περισσότερο στην εκπλήρωση της πρόθεσής τους. Μια αρκετά πιθανή εξήγηση είναι ότι χρησιμοποιούν τις επαγγελματικές τους γνώσεις για να ολοκληρώσουν επιτυχώς την ενέργειά τους, ενώ επιπρόσθετα έχουν εύκολη πρόσβαση σε δυνητικά θανατηφόρες ουσίες. Αναφορικά με τις ιατρικές ειδικότητες, τα περισσότερα ευρήματα συνηγορούν στο γεγονός ότι οι αναισθησιολόγοι, οι γενικοί ιατροί και οι ψυχίατροι αυτοκτονούν συχνότερα σε σχέση με τους συναδέλφους τους άλλων ειδικοτήτων. Ευρήματα μελέτης στη Γερμανία δείχνουν υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών των γυναικών αναισθησιολόγων αλλά και ψυχιάτρων σε σχέση με τις γυναίκες ιατρούς άλλων ειδικοτήτων.

1.3.3 Ιατροί και αλκοολισμός

Σοβαρή κατάχρηση οινόπνευματος πολύ συχνά σχετίζεται με κατάθλιψη. Φαίνεται ότι αποτελεί τον προγνωστικό παράγοντα-κλειδί για την κατάθλιψη των γυναικών-ιατρών. Αποτελέσματα έρευνας στο Ηνωμένο Βασίλειο δείχνουν ότι ένας στους 15 ιατρούς στη διάρκεια της ζωής του θα εξαρτηθεί από το οινόπνευμα. Η κατάχρηση οινόπνευματος πολύ συχνά περιπλέκει την πορεία της κατάθλιψης, όχι σπάνια όμως είναι η αιτία της. Οι ιατροί παρουσιάζουν 2,5 φορές μεγαλύτερη θνησιμότητα εξαιτίας κίρρωσης του ήπατος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (αν και τα αίτιά της θα μπορούσαν να αποδοθούν και σε άλλους παράγοντες). Σε άλλη μελέτη βρέθηκε ότι οι πάσχοντες από αλκοολισμό ιατροί δεν είναι απαραίτητα οι λιγότερο επαγγελματικά επιτυχημένοι. Αντίθετα, ποσοστό 54% αντιπροσώπευε ασθενείς ιατρούς από το ανώτερο 1/3 της επαγγελματικής κατηγορίας. Η κατάχρηση οινόπνευματος συνδυάζεται συχνά η κατάχρηση και άλλων ουσιών-φαρμάκων και με υψηλή συχνότητα αυτοκτονιών.

1.3.4 Ιατροί και κατάχρηση ουσιών

Οι ιατροί είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στην κατάχρηση ουσιών. Ήδη από τη δεκαετία του 1960 ήταν γνωστό ότι η κατάχρηση ουσιών αντιπροσωπεύει την κύρια διάγνωση σε περίπου έναν στους πέντε ιατρούς που νοσηλεύονταν σε ψυχιατρικές κλινικές. Συγκριτικά με συνομηλίκους τους, οι ιατροί έχουν διπλάσια έως τριακονταπλάσια (ανάλογα με τις μελέτες) συχνότητα εμφάνισης κατάχρησης ουσιών. Αρχικά, εμφανίζουν συμπτωματολογία κατάχρησης και στη συνέχεια εξάρτησης λίγο πριν ή λίγο μετά την ηλικία των 40 ετών. Συνηθέστερες ουσίες εξάρτησης είναι οι βενζοδιαζεπίνες, τα οπιοειδή, όπως η μορφίνη και η μεπεριδίνη, καθώς και οι αμφεταμίνες. Αρχικά, οι ιατροί ισχυρίζονται ότι ο λόγος που άρχισαν τη χρήση ουσιών είναι κάποια σωματική ασθένεια, συχνά όμως ο ισχυρισμός τους είναι αβάσιμος. Υπερβολικός φόρτος εργασίας και σοβαρά οικογενειακά προβλήματα προβάλλονται ως άλλοι λόγοι έναρξης της χρήσης. Αρκετά συχνά, οι ιατροί-ασθενείς αρνούνται το πρόβλημα και διακόπτουν πρόωρα τη θεραπεία.

Διαχρονικά υποστηρίζεται ότι η αιτία της υψηλής επίπτωσης της κατάχρησης εξαρτησιογόνων ουσιών από ιατρούς είναι η εύκολη πρόσβαση σε αυτές. Αν και η άποψη είναι σωστή, αξίζει να σημειωθεί ότι παρόμοιου βαθμού κατάχρηση δεν διαπιστώνεται μεταξύ φαρμακοποιών ή οδοντιάτρων, επαγγελματικές κατηγορίες με επίσης εύκολη πρόσβαση σε αυτά τα φαρμακευτικά προϊόντα. Έχει παρατηρηθεί ότι όταν φαρμακοποιοί ή οδοντίατροι αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν, σπανιότερα το κάνουν, λαμβάνοντας υπερβολική ποσότητα φαρμάκων (σε σχέση πάντα με τους ιατρούς). Στις ΗΠΑ υπάρχουν εξειδικευμένα προγράμματα θεραπείας για ουσιοεξαρτημένους ιατρούς, με πολύ καλά αποτελέσματα. Περίπου 80–90% των ιατρών επιτυγχάνουν μακράς διάρκειας αποχή από ουσίες και οινόπνευμα και επιστρέφουν στην εργασία τους, συχνά με παράλληλη ψυχιατρική παρακολούθηση.

1.3.5 Ιατροί και γενική ψυχική νοσηρότητα

Ερευνά από την Κίνα (LI Yong-xin et al, 2005) που έγινε σε 133 ιατρούς με ερωτηματολόγια General Health Questionnaire (GHQ-12) and Essence Personality Questionnaire (EPQ-RSC) καταδεικνύει ότι ο επιπολασμός της ψυχικής νοσηρότητας στους ιατρούς ανέρχεται σε 35,3% ενώ αυτή συνδέεται σεμνά με τη δομή της προσωπικότητάς τους. Η ερευνά καταλήγει στην επισήμανση ότι πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην αυξημένη τάση του ιατρικού πληθυσμού να αναπτύσσει

1.4 Η προσωπικότητα ως παράγοντας στην επιλογή επαγγέλματος

Η έννοια της προσωπικότητας στην Ψυχολογία περιλαμβάνει μια σειρά από γνωρίσματα όχι μόνο σωματικά αλλά, κυρίως, ψυχικά. Όμως δε φαίνεται να υπάρχει και μεγάλη συμφωνία στον ορισμό της προσωπικότητας μεταξύ των διαφόρων ειδικών. Ένας από τους κορυφαίους αναλυτές της, ο Guilford, αναφέρεται σε διαστάσεις της προσωπικότητας όπως σωματικές, ικανοτήτων, ιδιοσυγκρασίας, στάσεων, ενδιαφερόντων, αναγκών. Είναι όμως, απαραίτητο να γίνει και ιδιαίτερος λόγος για την προσωπικότητα ως «ενιαία σύνδεση των διαφόρων ψυχικών ιδιοτήτων», όπως αυτή φαίνεται να θεωρείται από κύριους ερευνητές στο χώρο του επαγγελματικού προσανατολισμού και της επιλογής επαγγέλματος, παρά το γεγονός ότι και σ' αυτούς δεν υπάρχει μια ενιαία αντίληψη και ανάλυση της έννοιας της προσωπικότητας. Υποστηρίζεται ότι η προσωπικότητα είναι το σύνολο εκείνων των χαρακτηριστικών που αναφέρονται: α) στην ιδιοσυγκρασία -συναισθηματική όψη, β) στη συνήθη συμπεριφορά που είναι λιγότερο βασική αντίδραση και γ) στο χαρακτήρα που αναφέρεται σε συνήθειες και συμπεριφορές. Η προσωπικότητα περιλαμβάνει τάσεις και συνδυασμό χαρακτηριστικών που κάνουν ένα άτομο να αντιδρά με συγκεκριμένους τρόπους σε ορισμένες καταστάσεις. Ο ρόλος των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας τα οποία και επηρεάζουν τη συμπεριφορά στην εργασία, αλλά κυρίως τις επαγγελματικές επιλογές του ατόμου, αποτελεί αντικείμενο της καθημερινής μας παρατήρησης. Πολύ συχνά λέμε ότι κάποιος δεν έχει την κοινωνικότητα που απαιτεί ένα ιατρικό επάγγελμα ή την καλαισθησία που απαιτούν επαγγέλματα καλών τεχνών. Πέρα από τα επιμέρους στοιχεία και τις ιδιότητες ή τα γνωρίσματα της προσωπικότητας, η προσωπικότητα ως σύνολο έχει μια πολύ σημαντική επίδραση στην επαγγελματική ανάπτυξη και επιτυχία.

Είναι φανερό ότι η προσωπικότητα σχετίζεται όχι μόνο με την επιλογή επαγγέλματος αλλά και με κάθε έκφανση της ανθρώπινης δραστηριότητας. Η προσωπικότητα κάθε ατόμου διακρίνεται τόσο για τη μοναδικότητά της, αφού οφείλεται σε κληρονομικές καταβολές και περιβαλλοντικές επιδράσεις, διαφορετικές για τον καθένα, όσο και για τη σταθερότητά της, αφού βασικά χαρακτηριστικά και κίνητρα, που διαμορφώθηκαν

στο διάστημα μιας μεγάλης χρονικής περιόδου, δεν αλλάζουν. Από τη μελέτη των ιδιαίτερων στοιχείων που δομούν την προσωπικότητα (χαρακτήρα, συναισθηματική ιδιοσυγκρασία, κίνητρα, νοημοσύνη, σωματική διάπλαση, έννοια του εαυτού ή του εγώ σύμφωνα με τους περισσότερους που έχουν ασχοληθεί με το θέμα) παρατηρεί κανείς ότι, αν όχι όλα, τουλάχιστον τρία από αυτά, η νοημοσύνη, τα κίνητρα και η έννοια του εαυτού, επιδρούν σημαντικά στην επιλογή επαγγέλματος. Ο ρόλος της νοημοσύνης και των κινήτρων στην επιλογή του επαγγέλματος έχει ήδη διερευνηθεί. Τονίζεται, και εδώ, ότι τα κίνητρα είναι σημαντικό μέρος της δομής της προσωπικότητας, αφού λειτουργούν ως μια εσωτερική ανάγκη που ωθεί το άτομο στην επίτευξη ορισμένων σκοπών. Είναι φανερό, λοιπόν, ότι τα κίνητρα είναι δυνατό να οδηγήσουν ένα άτομο στην επίτευξη ορισμένων σκοπών και στην πραγματοποίηση κάποιων επαγγελματικών στόχων. Τέλος, η έννοια του εαυτού, η εικόνα, που έχει σχηματίσει το άτομο για τον εαυτό του, τις ικανότητές του, τα χαρακτηριστικά του, είναι ιδιαίτερα σημαντική, γιατί ανάλογα με τον τρόπο με τον οποίο αξιολογεί το άτομο τον εαυτό του, παίζει ρόλο στη λήψη μιας τόσο σοβαρής απόφασης, όπως είναι η επιλογή επαγγέλματος.

Πολλοί ψυχολόγοι προσπάθησαν να εξηγήσουν τις επαγγελματικές επιλογές με βάση τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Οι Bordin (1963) και Segal (1961), αναφέρονται στο ότι, η επιλογή επαγγέλματος είναι επιβεβαίωση του τύπου της προσωπικότητας του ατόμου. Για τους δυο αυτούς θεωρητικούς, η επαγγελματική επιλογή είναι έκφραση των εσωτερικών παρορμήσεων. Η Roe (1956) αναφέρεται στη σημαντικότητα του παράγοντα «οικογένεια» ο οποίος συμβάλλει στη διαμόρφωση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας τα οποία θα οδηγήσουν με τη σειρά τους στην επιλογή επαγγέλματος.

Τη σημασία των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας στην επαγγελματική προτίμηση τονίζει και ο Horrock (1976), αφού θεωρεί ότι, η επαγγελματική συμπεριφορά του ατόμου και η επαγγελματική του προτίμηση βρίσκονται σε άμεση σχέση με τις ανάγκες του. Ο Myers (1985, στο Apostol 1991) συσχέτισε την προσωπικότητα ενός ατόμου με τις εκπαιδευτικές και επαγγελματικές του επιλογές. Υποστήριξε ότι, η διάσταση εκείνη της προσωπικότητας, που σχετίζεται με τη λογική ή συναισθηματική αντιμετώπιση των καταστάσεων, επηρεάζει τα επαγγελματικά ενδιαφέροντα και τις επαγγελματικές επιλογές. Σύμφωνα με αυτόν, τα άτομα που λειτουργούν κυρίως με τη λογική, τείνουν να επιλέγουν επαγγέλματα που σχετίζονται με τα οικονομικά, το εμπόριο, την

εκπαίδευση, τη νοσηλευτική, τις πωλήσεις, τα λογιστικά, ενώ τα άτομα που λειτουργούν με τη διαίσθηση, επιλέγουν κυρίως τις τέχνες, την ψυχολογία και τη συμβουλευτική. Ιδιαίτερα χαρακτηριστική είναι η αναφορά και ανάλυση του Ν. Γ. Παπαδόπουλου (1980) στη σχέση της προσωπικότητας ως συνεκτικής και δυναμικής συγκρότησης του ατόμου με την επαγγελματική επιλογή και επιτυχία, όπου τονίζει: «Μια υψηλή συγκρότηση της προσωπικότητας και έντονη θέληση μπορεί να υπερκεράσει εν μέρει ορισμένες ελλείψεις και αδυναμίες όλων των άλλων παραγόντων και να αποβεί τουλάχιστο σε ορισμένα άτομα σημαντική και αποφασιστική στην επαγγελματική εκλογή και επιτυχία. Άλλωστε είναι γνωστό ότι άτομα με υψηλές νοητικές ικανότητες και επίσης υψηλές οικονομικές δυνατότητες, χωρίς έντονη προσωπική θέληση δεν εξασφαλίζουν οπωσδήποτε ένα επάγγελμα της αρεσκείας τους και με ζήτηση υψηλή, πράγμα που μπορεί να επιτύχουν και να εξασφαλίσουν για τον εαυτό τους άτομα με υψηλές ή καμιά φορά μέτριες νοητικές ικανότητες και ελάχιστες ή ανύπαρκτες οικονομικές δυνατότητες, αλλά με έντονη προσωπικότητα και θέληση επίμονη στην επίτευξη του σκοπού της εκλογής τους».

Παρόμοιες επισημάνσεις έγιναν και από τον Goleman (1995) στο βιβλίο του «Συναισθηματική Νοημοσύνη». Ο Goleman αναφέρει ότι, κάποιοι άνθρωποι πιθανόν να έχουν πολλά προσόντα, όμως δεν καταφέρνουν να επιτύχουν σε προσωπικό ή επαγγελματικό επίπεδο. Αντίθετα, άλλοι με λιγότερες πνευματικές ικανότητες, καταλαμβάνουν θέσεις ηγετικές και τα καταφέρνουν με ό,τι ασχοληθούν. Πίσω από αυτή την επιτυχία τους κρύβεται ίσως η ικανότητά τους να αντέχουν τις απογοητεύσεις, να ελέγχουν τις παρορμήσεις τους, να δείχνουν αυτοσυγκράτηση, επιμονή, υπομονή και μεγάλη άνεση στη συνεργασία με τους άλλους. Οι δεξιότητες αυτές, σύμφωνα με τον Goleman, αποτελούν τη «Συναισθηματική Νοημοσύνη» και ανήκουν στο χώρο της προσωπικότητας.

Η συνάρτηση της προσωπικότητας με την επιλογή επαγγέλματος και με την επαγγελματική ανάδειξη φαίνεται να εκτιμάται τα τελευταία χρόνια διαφορετικά από ό,τι παλαιότερα. Πριν μερικά χρόνια, η διαδικασία επιλογής επαγγέλματος ήταν «διανοητικό ή πνευματικό» θέμα. Δηλαδή, η επιλογή θεωρούνταν επιτυχημένη, αν τα προσόντα του ατόμου «ταίριαζαν» με τις απαιτήσεις που είχε το μελλοντικό του επάγγελμα. Σήμερα οι ειδικοί υποστηρίζουν ότι, χρειάζεται να υπάρξει κάποια επαγγελματική ωριμότητα του ατόμου και ότι στην επιλογή του επαγγέλματος είναι σκόπιμο να ληφθεί υπόψη κυρίως η προσωπικότητα και οι βασικές εσωτερικές

ανάγκες του ατόμου.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 2 Στόχοι και σκεπτικό της έρευνας

Η σχετική απουσία ερευνητικών δεδομένων από τον Ελλαδικό χώρο τα οποία να αφορούν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των Ειδικευόμενων Γενικής Ιατρικής και τη σχέση τους τόσο με κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές όσο και με ψυχολογικές-οικογενειακές παραμέτρους καθώς και η απουσία ερευνητικών ποσοτικών δεδομένων, διεθνώς, αναφορικά με την αξιολόγηση των εν λόγω μεταβλητών στη συγκεκριμένη αυτή ειδικότητα έδωσαν το έναυσμα για το σχεδιασμό της παρούσας μελέτης.

Ως εκ τούτου, γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η ανίχνευση πλευρών της προσωπικότητας των ατόμων που ειδικεύονται στη Γενική Ιατρική. Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων (προσωπικότητα, ναρκισσισμός, αλτρουισμός, ψυχοπαθολογία και οικογενειακό περιβάλλον) σε ειδικευόμενους Γενικής Ιατρικής και σε ειδικευόμενους Γενικής Παθολογίας. Πιο συγκεκριμένα θα γίνει:

1. Σύγκριση της ομάδας των ειδικευόμενων Γενικής Ιατρικής και της ομάδας των ειδικευόμενων Γενικής Παθολογίας ως προς τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.
2. Συσχέτιση των επιμέρους υποκλιμάκων κάθε μεταβλητής τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.

Ερευνητικές Υποθέσεις

Συγκεκριμένα, οι ερευνητικές υποθέσεις που θα εξεταστούν, στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης είναι:

1. Ο αλτρουισμός συνδέεται με συνθήκες που ενεργοποιούν κίνητρα τα οποία έχουν αποδειχθεί πυρηνικά στο να οδηγούν στην ανιδιοτελή κοινωνική προσφορά (Ανθόπουλος, 2001; Σωτηρόπουλος, 2004; Amato, 1990; Starnes & Wymer, 1999). Ως προς τον αλτρουισμό, λοιπόν, η υπόθεσή μας είναι ότι οι

ειδικευόμενοι Γενικής Ιατρικής θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα αλτρουισμού και υψηλότερα από τους ειδικευόμενους Παθολογίας.

2. Τα αποτελέσματα πολλών ποιοτικών μελετών έχουν δείξει ότι ο αλτρουισμός, αν και μπορεί να βασίζεται σε ένα μείγμα εγωιστικών κινήτρων (Batson, et al, 1981), σαν στάση ζωής, είναι ένα αντίδοτο στον ατομισμό και στην εσωστρέφεια (Piliavin & Callero,

1991) γεγονός που συνδέεται με μετατόπιση της επικέντρωσης από τον ναρκισσιστικό εαυτό μας, δηλαδή στις επιθυμίες και τις ανάγκες μας, στην κοινωνική ευημερία μέσω της προσφοράς βοήθειας (Benabou & Tirole, 2004). Ο αλτρουισμός συνδέεται με ιδανικά και αξίες καθώς και την ποιότητα της ζωής, υπερβαίνει το άτομο και συνδέεται με την ενεργό συμμετοχή των ανθρώπων σε πράξεις και στάσεις που αφορούν στο κοινό καλό (Λαμπαδαρίου, 2004). Κατά συνέπεια και σύμφωνα με τις προαναφερθείσες μελέτες ως προς τον ναρκισσισμό, η υπόθεσή μας είναι ότι οι ειδικευόμενοι Γενικής Ιατρικής θα παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα σε σχέση με τους ειδικευόμενους Παθολογίας.

2. 3. Οι άνδρες διαφοροποιούνται από τις γυναίκες ιατρούς που ανήκουν στις ειδικότητες της Παθολογίας και της Γενικής Ιατρικής ως προς τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά που μετρήθηκαν στην εργασία αυτή.

Κεφάλαιο 3 Μέθοδος

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Θεσσαλίας από τον Ιανουάριο του 2011 έως τον Σεπτέμβριο του 2011. Η συλλογή των δεδομένων υλοποιήθηκε από το Φεβρουάριο έως το Μάιο του 2011. Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν ειδικευόμενοι της Γενικής Ιατρικής και ειδικευόμενοι Παθολογίας των Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων. Τα κριτήρια συμπερίληψης στο δείγμα ήταν:

1. 1. Τα άτομα να είναι ειδικευόμενοι Γενικής Ιατρικής και ειδικευόμενοι Παθολογίας.
2. 2. Η επιθυμία των ατόμων να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη.
3. 3. Να υπηρετούν κατά τον χρόνο της διεξαγωγής της ερευνάς σε ένα από τα νοσοκομεία της Κεντρικής Μακεδονίας.

120 ερωτηματολόγια μοιραστήκαν σε τυχαίο δείγμα 60 ειδικευομένων Γενικής Ιατρικής και 60 ειδικευομένων Παθολογίας σε νοσοκομεία της Κεντρικής Μακεδονίας. Η επιλογή του δείγματος έγινε τυχαία έξω από τον χώρο εργασίας των ιατρών. Τα ερωτηματολόγια απαντηθήκαν ανώνυμα και ιδιωτικά, ενώ από αυτά επεστράφησαν πλήρως απαντημένα – και κατ' επέκταση -χρησιμοποιηθήκαν στην ερευνά ήταν 52 ερωτηματολόγια ειδικευομένων Γενικής Ιατρικής και 50 ειδικευομένων Παθολογίας.

Την απόφαση για το αν πληρούνται οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα έπαιρνε ο μεταπτυχιακός φοιτητής – ερευνητής με την επιβλέπουσα καθηγήτρια της

παρούσας εργασίας.

Τα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης και διαβεβαιώθηκαν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Το κάθε άτομο δημιούργησε έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό, και με αυτόν συμμετείχε στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Εξάλλου, όλη τη διαδικασία τη διεκπεραίωσαν τα ίδια άτομα, με αποτέλεσμα τη μείωση των πιθανοτήτων διαρροής πληροφοριών διασφαλίζοντας με τον τρόπο αυτό πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των ατόμων που πήραν μέρος στην έρευνα.

3.1 Εργαλεία μέτρησης

3.1.1 Κλίμακα Αλτρουισμού – Altruism Scale (Ahmed και Jackson, 1979)

Για την μέτρηση της διάστασης του Αλτρουισμού χρησιμοποιήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο, το οποίο βασίστηκε στο ερωτηματολόγιο των Ahmed και Jackson, 1979) οι οποίοι ανέπτυξαν την κλίμακα “αποδοχής της πρόνοιας”. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από επτά δηλώσεις τύπου Likert (Διαφωνώ απολύτως 1 – 5 Συμφωνώ Απολύτως), που περιγράφουν την αλτρουιστική συμπεριφορά (προσαρμοσμένη στα ελληνικά, με βάση την υποκλίμακα του αλτρουισμού όπως αυτή αποτυπώνεται στο ερωτηματολόγιο των Ahmed και Jackson, 1979) και ζητά από τους ερωτώμενους να δηλώσουν τον βαθμό στο οποίο συμφωνούν ή διαφωνούν. Η συνολική βαθμολογία προκύπτει από την άθροιση των βαθμών των απαντήσεων των ατόμων στις επτά ερωτήσεις, με τις υψηλότερες τιμές να αντιστοιχούν σε υψηλότερα επίπεδα αλτρουισμού (Ahmed & Jackson, 1979). Ο δείκτης Cronbach’s του ερωτηματολογίου στο ελληνικό δείγμα είναι 0,70.

3.1.2 Η κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας -Narcissistic Personality Inventory (NPI; Raskin & Hall 1979)

Η κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας (NPI) είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο δημιουργήθηκε από τους Raskin & Hall το 1979, με σκοπό τη μελέτη των ατομικών διαφορών στο ναρκισσισμό ως σταθερού χαρακτηριστικού της προσωπικότητας, με βάση την απουσία της ναρκισσιστικής διαταραχής

προσωπικότητας κατά DSM-III (Raskin & Terry, 1988). Στην αρχική του μορφή το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 40 ζεύγη προτάσεων αναγκαστικής επιλογής, όπου από κάθε ζεύγος δυνατών απαντήσεων σε κάθε ερώτηση το άτομο επιλέγει εκείνη τη φράση που περιγράφει καλύτερα τον εαυτό του. Μπορούν, επίσης, οι προτάσεις να ενταχθούν σε επτά παράγοντες (εξουσιαστικότητα, αυτάρκεια, υπεροχή, επιδειξιμανία, τάση για εκμετάλλευση, ματαιοδοξία, απαιτητικότητα) (Σταλίκας και συν., 2002). Στην ελληνική εκδοχή, μετά από επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων, απομακρύνθηκαν 10 ζεύγη προτάσεων έτσι ώστε η τελική μορφή του NPI να περιλαμβάνει 30 ζεύγη (Κοκκώση, Βασλαματζής, Αναγνωστόπουλος & Μαρκίδης, 1998).

Το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιείται ευρέως σε έρευνες στην Ελλάδα και στο εξωτερικό καθώς παρουσιάζει σημαντικές συσχετίσεις με τις κλίμακες NPDS (Narcissistic Personality Disorder Scale) και του ερωτηματολογίου προσωπικότητας (MMPI) (Morey et al, 1985). Στην κωδικοποίηση των απαντήσεων και τη βαθμολόγησή τους από τους ερευνητές η επιλογή από το άτομο εκείνης της εναλλακτικής εκ των δύο σε κάθε ζεύγος προτάσεων ερωτημάτων, που υποδηλώνει την παρουσία στο άτομο του χαρακτηριστικού της ναρκισσιστικής προσωπικότητας, βαθμολογείται με 1 ενώ η επιλογή της άλλης εναλλακτικής, που αποτελεί ένδειξη της απουσίας του, βαθμολογείται με 0 (Κοκκώση και συν, 1998). Η συνολική βαθμολογία προκύπτει από την άθροιση των βαθμών στις προτάσεις που υποδηλώνουν την παρουσία του χαρακτηριστικού της ναρκισσιστικής προσωπικότητας και λαμβάνει τιμές από 0 έως 30. Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε καλή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's alpha για όλο το ερωτηματολόγιο των 40 ζευγών προτάσεων βρέθηκε ίσος με 0.85. Στην Ελλάδα έγινε προσπάθεια να διερευνηθεί η ύπαρξη ενός κοινού, γενικού παράγοντα ναρκισσισμού και όχι η ύπαρξη των επτά επιμέρους παραγόντων ναρκισσισμού (επ' αυτού βρίσκεται σε εξέλιξη ανάλυση δεδομένων από δείγμα 943 φοιτητών) (Κοκκώση και συν, 1998).

3.1.3 Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale-OAS) (Goss, Gilbert & Allan, 1994)

Η Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale-OAS) προέρχεται από ένα προϋπάρχον εργαλείο αξιολόγησης της ντροπής, το ISS (Internalized Shame Scale).

Το ISS κατασκευάστηκε το 1993 από τον Cook. Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που περιλαμβάνει 30 δηλώσεις, εκ των οποίων οι 24 μετρούν την ντροπή και οι υπόλοιπες 6 την αυτοεκτίμηση του ατόμου. Αφορά την εσωτερική ντροπή και οι προτάσεις που περιλαμβάνει αναφέρονται σε γενικές αρνητικές αξιολογήσεις του εαυτού (Goss, Gilbert και Allan, 1994).

Οι Goss, Gilbert και Allan (1994) τροποποίησαν αυτό το ερωτηματολόγιο και κατασκεύασαν το OAS (Other As Shamer scale). Αυτό το εργαλείο δημιουργήθηκε για να διερευνήσει τις αντιλήψεις του ατόμου για το πώς το βλέπουν και πώς το κρίνουν οι άλλοι. Οι προτάσεις της κλίμακας ντροπής από το ISS (Cronbach's $\alpha = 0,96$) πήραν τη μορφή «οι άλλοι με θεωρούν...», και έτσι το OAS περιλαμβάνει 18 τέτοιες προτάσεις (οι υπόλοιπες 6 δεν ήταν εφικτό να τροποποιηθούν κατά αυτόν τον τρόπο), οι οποίες απαντώνται σε μια πεντάβαθμη κλίμακα συχνότητας (όπου 0= ποτέ, 1=σπάνια, 2=μερικές φορές, 3=συχνά και 4= πάντα). Οι προτάσεις του OAS κατανέμονται σε τρεις υποκλίμακες, το αίσθημα κατωτερότητας (inferior), το αίσθημα κενού (empty) και την αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes). Ο τελικός βαθμός του OAS προκύπτει από την άθροιση των βαθμών κάθε ερώτησης.

Ο δείκτης Cronbach's α του OAS στο ελληνικό δείγμα είναι 0,87. Το OAS έχει χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες σχετικές με το συναίσθημα της ντροπής (όπως: Gilbert et al. 1996; Gilbert & Miles, 2000; Gilbert et al., 2003b; Benn et al., 2005).

3.1.4 Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale-ESS) (Andrews, Qian & Valentine, 2002)

Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale-ESS) κατασκευάστηκε το 2002 από τους Andrews, Qian και Valentine. Αφορμή για την κατασκευή του ήταν η αποτελεσματικότητα της δομημένης συνέντευξης των Andrews και Hunter για την αξιολόγηση του συναισθήματος της ντροπής, στην πρόβλεψη της ψυχοπαθολογίας. Το ESS, λοιπόν, κατασκευάστηκε σύμφωνα με τις ίδιες αρχές με την ανωτέρω μέθοδο αξιολόγησης της ντροπής, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν η προβλεπτική ισχύς της συνέντευξης για την αξιολόγηση της ντροπής έγκειται στη μέθοδο καθ' αυτή, ή στην αντίληψη για την ντροπή και τις ευθείς ερωτήσεις που έχει αυτή η μέθοδος (Andrews et al., 2002).

Το ESS εκτιμά τρεις διαφορετικούς τύπους ντροπής, τη χαρακτηρισολογική (characterological shame) ντροπή, τη συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame), και τη σωματική ντροπή (bodily shame). Κάθε μία από αυτές αναφέρεται σε συγκεκριμένους τομείς, όπως οι συνήθειες του ατόμου (χαρακτηρολογική ντροπή), οι λανθασμένες πράξεις του (συμπεριφορική ντροπή) ή η εικόνα του σώματός του (σωματική ντροπή). Συνολικά καλύπτονται 8 θέματα που αφορούν το συναίσθημα της ντροπής, καθένα από τα οποία έχει ένα βιωματικό, ένα γνωστικό και ένα συμπεριφορικό στοιχείο. Για παράδειγμα, το άτομο ρωτάται αν ένιωσε ντροπή για τις προσωπικές του συνήθειες, εάν τον έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για αυτές και εάν έχει προσπαθήσει να τις κρύψει ή να τις συγκαλύψει (Andrews et al., 2002). Περιλαμβάνει συνολικά 25 ερωτήσεις-για τη σωματική ντροπή υπάρχει μία επιπλέον πρόταση που αναφέρεται στην αποφυγή των καθρεπτών-που απαντώνται σε μια τετράβαθμη κλίμακα η οποία υποδηλώνει τη συχνότητα με την οποία το άτομο έχει βιώσει αυτό που περιγράφει η κάθε πρόταση, εντός του περασμένου έτους (όπου 1= καθόλου, 2=λίγο, 3= συκρατημένα και 4= πάρα πολύ).

Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale-ESS) εντάσσεται στα ερωτηματολόγια που μετρούν αποκλειστικά την τάση για την ντροπή (και όχι ταυτόχρονα και την τάση για ενοχή), και εκτιμά την ντροπή ως έναν σταθερό παράγοντα της διάθεσης του ατόμου και όχι ως παροδική αντίδραση σε συγκεκριμένες καταστάσεις (Tangney & Dearing, 2002). Ο δείκτης Cronbach's Alpha είναι 0,92 (Andrews et al., 2002), και στο ελληνικό δείγμα 0,93. Έχει χρησιμοποιηθεί από πολλούς μελετητές, και έχει ερευνηθεί η ικανότητά του να αναδεικνύει τη σχέση της ντροπής με τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Andrews et al., 2002).

3.1.5 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90) (Derogatis, 1977)

Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90), η οποία αναπτύχθηκε από τον Derogatis (1977), αφορά την καταγραφή της υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας. Αποτελείται από 90 ερωτήματα, τα οποία περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις στη βάση 9 υποκλιμάκων. Οι τελευταίες συμπεριλαμβάνουν τη σωματοποίηση, τον ιδεοψυχαναγκασμό, τη διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη, την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό, τον ψυχωτισμό και διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4).

Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτουν επιπλέον 3 συνολικοί δείκτες, οι οποίοι αφορούν το γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και το δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων αντίστοιχα. Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI (Ντώνιας και συν, 1991).

3.1.6 Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire -HDHQ) (Caine και συν, 1967)

Το HDHQ είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο μετράει την επιθετικότητα ως στάση (attitude). Αφορά σ' έναν τρόπο μέτρησης ενός ευρέος φάσματος από πιθανές εκδηλώσεις της επιθετικότητας. Αντανακλά την ετοιμότητα για απάντηση με εχθρική συμπεριφορά και μια τάση εκτίμησης προσώπων, συμπεριλαμβανομένου και του εαυτού, με τρόπο δυσμενή και αρνητικό. Η επιθετικότητα όπως μετριέται με το HDHQ δεν έχει καθόλου σχέση με σωματική επιθετικότητα και σωματική βιαιότητα. Το HDHQ αποτελείται από 5 υποκλίμακες στα 52 είδη του Καταλόγου Πολυφασικής Προσωπικότητας του Πανεπιστημίου της Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory -MMPI). Τρεις υποκλίμακες, η παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility) (AH), η επίκριση των άλλων (criticism of others) (CO), και παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility) (PH) αφορούν την εξωστρεφή επιθετικότητα και αποτελούν μετρήσεις μεγάλης ποινικότητας. Δύο υποκλίμακες, η αυτο-επίκριση (self-criticism) (SC) και παραληρηματική ενοχή (Guilt) (G) αφορούν την ενδοστρεφή επιθετικότητα και αφορούν μετρήσεις αυτοτιμωρίας. Το άθροισμα και των πέντε υποκλιμάκων αντανακλά τη συνολική επιθετικότητα. Τα αποδεκτά πρότυπα (Caine et al., 1967) για τη συνολική επιθετικότητα σε φυσιολογικό πληθυσμό είναι ανάμεσα σε 12 έως 14, αλλά υψηλότερα όρια έχουν επίσης προταθεί (McPherson, 1988). Μελέτες για την εγκυρότητα σε κλινικά δείγματα έχουν οδηγήσει σε σημαντικούς συσχετισμούς ανάμεσα στο HDHQ και στους παρατηρούμενους ρυθμούς θυμού των νοσηλευτών (Blackburn et al., 1979). Η εγκυρότητα των παραμέτρων του ερωτηματολογίου έχει διαπιστωθεί από πολλές μελέτες. Το HDHQ έχει χρησιμοποιηθεί στον Ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό (Economou & Angelopoulos, 1989; Αγγελόπουλος και συν.,

1987; Αγγελόπουλος, 1984) σε ψυχιατρικούς (Lyketsos et al., 1978) και άτομα που ντράπηκαν (Drosos et al., 1989; Sifneos, 1986).

3.1.7 Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) (Brennan et al., 1998)

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο αναπτύχθηκε από τους Brennan, Clark και Shaver (1998), με στόχο τη μέτρηση των τύπων δεσμού στους ενήλικους σύμφωνα με 2 διαστάσεις: ασφάλεια-αποφυγή και εμμονή-μη εμμονή. Αποτελείται από 36 ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν τις διαπροσωπικές σχέσεις και αξιολογούν αυτές τις 2 διαστάσεις 4 τύπων δεσμού (δηλ. ασφαλής, φοβικός, εμμονής και απορριπτικός). Οι εξεταζόμενοι καλούνται να δηλώσουν την αντιπροσωπευτικότητα κάθε πρότασης για τους ίδιους σε μια 5-βαθμη κλίμακα τύπου Likert (Διαφωνώ απολύτως 1 – 5 Συμφωνώ Απολύτως). Η βαθμολόγηση της ΚΒΔΣ πραγματοποιείται με την αντιστροφή των ερωτήσεων εκείνων που είναι αρνητικά διατυπωμένες και το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις που απαρτίζουν κάθε διάσταση, δίνοντας 2 δείκτες. Ο δείκτης Cronbach's alpha για την αποφυγή είναι 0,85, ενώ για την εμμονή 0,79. Παρουσιάζει ικανοποιητικά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά και στην Ελληνική εκδοχή της, καθώς και υψηλές συσχετίσεις με άλλες κλίμακες διαπροσωπικών σχέσεων (Kafetsios, 2002; Σταλίκας και συν., 2002).

3.1.8 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου -Fear of pain questionnaire (FPQ-III; McNeil & Rainwater, 1998).

Το ερωτηματολόγιο του φόβου του πόνου (FPQ-III) δημιουργήθηκε από τους McNeil & Rainwater το 1998, και αντανάκλα το βαθμό του φόβου που προκαλεί μια επίπονη κατάσταση. Η κατασκευή του βασίστηκε στο συμπεριφορικό-αναλυτικό μοντέλο των Goldfried & D'Zurilla's (1969), με έμφαση στην ανάλυση μιας περιστασιακής κατάστασης (situational analysis) (McNeil & Rainwater, 1998). Πρόκειται για την τρίτη έκδοση μιας αυτό-συμπληρούμενης κλίμακας, η οποία αποτελείται από 30 προτάσεις που περιγράφουν επώδυνες καταστάσεις του τύπου φοβάμαι τον πόνο που σχετίζεται με το... «να πάθω τροχαίο ατύχημα» ή ...«να κοπώ στο δάκτυλο από μια σελίδα χαρτιού» και κάθε πρόταση βαθμολογείται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (τύπου Likert) βασισμένη στο επίπεδο του φόβου του πόνου που κυμαίνεται από "καθόλου" (1) ως " υπερβολικά" (5). Το FPQ-III παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα

εννοιολογικής κατασκευής και αξιοπιστία. Οι McNeil and Rainwater (1998), βρήκαν, για παράδειγμα ότι τα άτομα που αναφέρουν υψηλά επίπεδα φόβου του πόνου, αποφεύγουν περισσότερο τα επώδυνα ερεθίσματα, από ότι τα άτομα που βρίσκονται σε χαμηλότερο επίπεδο φόβου όπως μετρήθηκαν με το FPQ-III (Williams et al., 2005).

Η βαθμολόγηση της κλίμακας γίνεται με το άθροισμα των εκτιμήσεων για κάθε επίπονη εμπειρία. Το συνολικό αποτέλεσμα παίρνει τιμές από 30 μέχρι 150. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο μεγαλύτερος κρίνεται ο φόβος. Η κλίμακα της μέτρησης του φόβου του πόνου απαρτίζεται και από τρεις υποκλίμακες. Η πρώτη υποκλίμακα περιλαμβάνει το φόβο που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (Minor Pain subscale), η δεύτερη υποκλίμακα μετράει το επίπεδο του φόβου που προέρχεται από δριμύ πόνο (Severe Pain subscale) και η τρίτη υποκλίμακα δηλώνει το βαθμό του φόβου σε σχέση με τον πόνο που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale). Κάθε υποκλίμακα περιέχει 10 προτάσεις. Επίσης, το συνολικό σκόρ μπορεί να ληφθεί και με το άθροισμα των επιμέρους υποκλιμάκων. Ο δείκτης Cronbach's alpha του FPQIII στο ελληνικό δείγμα είναι 0,845. Το FPQ-III έχει, διεθνώς, χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες σχετικές με το συναίσθημα του φόβου του πόνου, που καταδεικνύουν την διαμεσολάβηση του φόβου στην ένταση και στην ποιότητα των επώδυνων ερεθισμάτων, τόσο σε άτομα με χρόνιο πόνο, όσο και σε άτομα που δεν έχουν βιώσει άμεσα την εμπειρία του πόνου (Williams et al, 2005; Hirsh et al, 2007; Lightsey et al., in press).

3.1.9 Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R; Scheier et al. 1994)

Η αισιοδοξία θα μετρηθεί με το τεστ προσανατολισμού της ζωής LOT (Scheier & Carver 1985) στην ελληνική εκδοχή του (Lyraeos et al., 2009). Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε με σκοπό να μελετήσει το βαθμό αισιοδοξίας σαν ένα στοιχείο της προσωπικότητας στην αρχική του μορφή, ενώ δίνεται περαιτέρω έμφαση στην αναμονή θετικών αποτελεσμάτων και γεγονότων στην αναθεωρημένη του μορφή

(Scheier et al. 1994),. Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 10 ερωτήσεων που αφορούν τις γενικευμένες θετικές προσδοκίες έκβασης για κάθε άνθρωπο. Τρία από τα δέκα στοιχεία διατυπώνονται σαν θετικά για την ύπαρξη αισιοδοξίας, τρία σαν αρνητικά και τα υπόλοιπα τέσσερα είναι στοιχεία που χρησιμοποιούνται για να καλύψουν το βασικό αντικείμενο της μέτρησης του ερωτηματολογίου (fillers) και δεν συμβάλλουν στο συνολικό αποτέλεσμα της διάθεσης της αισιοδοξίας (Lyrakos et al., 2009).

Οι ερωτήσεις συνίστανται σε φράσεις όπως: «Συνολικά περιμένω να μου συμβούν περισσότερα καλά πράγματα παρά κακά.» και η απάντηση δίνεται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (0=συμφωνώ απόλυτα έως 4=διαφωνώ απόλυτα. Η βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου γίνεται με τον εξής τρόπο. Αρχικά αντιστρέφουμε τις βαθμολογίες για τα ερωτήματα 3,7 και 9 και τα μετατρέπουμε σε (0=4),(1=3),(2=2),(3=1),(4=0). Στην συνέχεια προσθέτουμε τις βαθμολογίες των απαντήσεων και βρίσκουμε ένα βαθμό που δείχνει τον βαθμό αισιοδοξίας του κάθε υποκειμένου (Scheier et al. 1994). Στην ελληνική στάθμιση ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α ήταν, Cronbach α=0,716. (Lyrakos et al., 2009).

3.1.10 Τεστ προσωπικότητας (Eysenck Personality Questionnaire)

Το EPQ προσαρμόστηκε στα Ελληνικά από τον Δημητρίου Ε. (1977). Αποτελείται από 84 ερωτήσεις που βρίσκονται σε τυχαίες θέσεις αλλά και συγκροτούν 4 ομάδες οι οποίες καταμετρούν :

1. 1. η πρώτη ομάδα, από 19 ερωτήσεις, το βαθμό εξωστρέφειας (E)
2. 2. η δεύτερη ομάδα, από 22 ερωτήσεις, το βαθμό νευρωτισμού (N)
3. 3. η τρίτη ομάδα, από 24 ερωτήσεις, το βαθμό ψυχωτισμού (P)
4. 4. η τέταρτη ομάδα, από 19 ερωτήσεις, το βαθμό ψεύδους (L)

Οι όροι νευρωτισμός και ψυχωτισμός ομοιάζουν με ψυχιατρικούς, οι Eysenck H. και Eysenck S. (1975) όμως τόνιζαν ότι "ασχολούνται αποκλειστικά με φυσιολογικές μορφές συμπεριφοράς, με μεταβλητές της προσωπικότητας που χαρακτηρίζουν μορφές συμπεριφοράς. Μόνο σε ακραίες περιπτώσεις οι μορφές αυτές γίνονται παθολογικές".

Η διευκρίνιση αυτή υπενθυμίζει την άποψη του Bergeret (1974) που χρησιμοποιεί επίσης τις έννοιες αυτές ως "δομικές κατηγορίες" της συγκρότησης της προσωπικότητας.

Τα κύρια χαρακτηριστικά των 4 διαστάσεων της προσωπικότητας που εξετάζει το EPQ είναι :

1. 1. *Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια*. Ο “τυπικός” εξωστρεφής είναι κοινωνικός, ανοιχτόκαρδος, ομιλητικός, με έντονη επιθυμία για συγκινήσεις και δρα αμέσως και είναι παρορμητικός. Είναι ανέμελος, αισιόδοξος, του αρέσουν οι διασκεδάσεις. Δε μπορεί να ελέγξει τα συναισθήματά του και δεν είναι πάντα αξιόπιστος. Ο “τυπικός” εσωστρεφής έχει την τάση να προγραμματίζει και δεν εμπιστεύεται τις παρορμήσεις της στιγμής. Ελέγχει τα συναισθήματά του και δε χάνει την αυτοκυριαρχία του. Αποδίδει σημασία στις ηθικές αξίες και είναι αξιόπιστος (Eysenck H., 1965)
2. 2. *Νευρωτισμός*. Η διάσταση αυτή αναφέρεται στη γενική συναισθηματική αστάθεια του ατόμου και στην τάση του να αναπτύσσει νευρωσική συμπτωματολογία κάτω από συνθήκες στρες (Eysenck H. 1959). Τα άτομα με υψηλές τιμές νευρωτισμού στεναχωρούνται εύκολα, είναι θλιμμένα και παρουσιάζουν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις που τα εμποδίζουν στη φυσιολογική τους προσαρμογή (Eysenck H., Eysenck S, 1975)
3. 3. *Ψυχωτισμός*. Τα άτομα με υψηλές τιμές ψυχωτισμού είναι μοναχικά, ψυχρά απρόσωπα, εχθρικά και επιθετικά, αγενή, ασεβή, απείθαρχα και απροσάρμοστα, δεν βοηθούν τους άλλους (Eysenck S, Eysenck H, 1972, Eysenck H, Eysenck S., 1975)
4. 4. *Ψεύδος*. Διερευνά και μετρά τη διάθεση του ατόμου για προσποίηση που είναι ένας σταθερός παράγοντας της προσωπικότητας υποδηλώνοντας κάποιο βαθμό κοινωνικής αφέλειας (Δημητρίου Ε. 1977).

Το EPQ όπως προσαρμόστηκε από τον Δημητρίου Ε. (1977) στον ελληνικό πληθυσμό έχει πολλά πλεονεκτήματα μεταξύ των οποίων είναι η απλότητα των ερωτήσεων που δεν απαιτούν ιδιαίτερες γραμματικές γνώσεις για να απαντηθούν και ο μικρός χρόνος που απαιτείται για αν συμπληρωθεί.

3.1.11 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων

Εκτός από τα ανωτέρω ψυχομετρικά εργαλεία, στα άτομα του δείγματος θα δοθεί ερωτηματολόγιο το οποίο θα περιλαμβάνει ερωτήσεις για τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία τους (οικογενειακή κατάσταση, αδέρφια, παιδιά, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση και διαμονή) και την ταυτότητά τους (φύλο και ηλικία).

3.2 Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης

3.2.1 Αξιοπιστία ερωτηματολογίου

Η αξιοπιστία των εργαλείων μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνά μας επαληθεύτηκε με τον υπολογισμό του α του Cronbach.

Πίνακας 3.2.1: Συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach

Ερωτηματολόγιο	Συντελεστής α του Cronbach
OAS	0,846
LOTR	0,492
SCL -90	0,977
HDHQ	0,835
Altruism	0,339
ECRI	0,688
FPQ	0,924
NPI	0,504
ESS -25	0,948
EPQ	0,660

Όπως φαίνεται από τον προηγούμενο πίνακα, τα περισσότερα ερωτηματολόγια μπορούν να θεωρηθούν αξιόπιστα, γεγονός που συμφωνεί και με προηγούμενες μελέτες. Πιο συγκεκριμένα,

οι δείκτες αξιοπιστίας των OAS, ESS – 25 και HDHQ θεωρούνται ικανοποιητικοί και συμφωνούν με προηγούμενες εκτιμήσεις σε άλλες έρευνες (Goss et al., 1994 & Andrews et al., 2002). Ως πιθανή εξαίρεση σημειώνεται το ερωτηματολόγιο του Αλτρουισμού στο οποίο ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach είναι σημαντικά μικρότερος από το 0,7 που έχει αναφερθεί σε ελληνικό δείγμα και το NPI στο οποίο έχει αναφερθεί συντελεστής αξιοπιστίας 0,85 ενώ στην παρούσα έρευνα υπολογίστηκε ίσο με 0,504.

3.3 Περιγραφή των ερωτώμενων

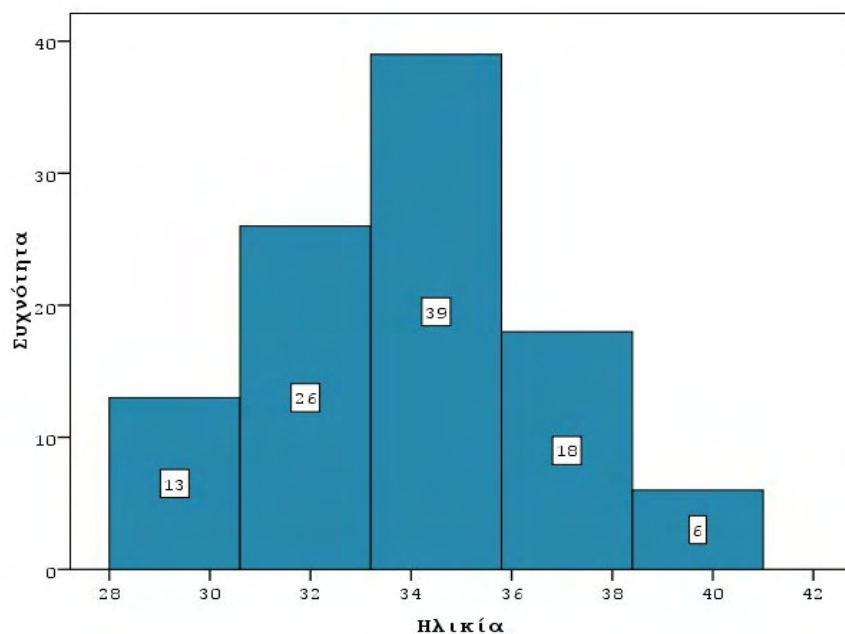
Η πλειοψηφία των ερωτώμενων είναι γυναίκες (πενηνταεπτά ερωτώμενοι, 55,9%). Από τους 102 συνολικά ερωτώμενους, οι 45 ήταν άνδρες ενώ οι 57 γυναίκες. Η μέση ηλικία που συνόλου των ερωτώμενων είναι 34 έτη με τυπική απόκλιση 2 χρόνια και 9 μήνες (διάγραμμα 1, σελίδα 36), ενώ δεν υπάρχει ουσιαστική διαφορά στη μέση ηλικία ανδρών και γυναικών (γυναίκες : 34,02 έτη / άνδρες : 33,9 έτη).

Το 52% των ερωτώμενων (73,3% των ανδρών και 33,5% των γυναικών) είναι άγαμοι (πενηνταπέντε ερωτώμενοι), το 42,2% έγγαμοι (σαρανταπέντε ερωτώμενοι), δύο διαζευγμένοι (2%) και τέσσερις χήροι (4%). Οι σαρανταεπτά ερωτώμενοι (46,1%) έχουν τόπο καταγωγής μεγάλη πόλη, οι τριανταεννέα (38,2%) μικρή πόλη ενώ οι δεκαέξι (15,7%) έχουν ως τόπο καταγωγής κάποιο χωριό. Είναι χαρακτηριστικό πως στο σύνολο τους τα άτομα που εμφανίζονται να έχουν καταγωγή από κάποιο χωριό (15,7%) είναι Γενικοί Ιατροί ενώ οι Παθολόγοι μοιράζονται μεταξύ μικρής και μεγάλης πόλης. Η κατανομή των Ιατρών ανά τόπο καταγωγής εμφανίζεται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 3.3.1: Κατανομή τόπου καταγωγής ανά ειδικότητα

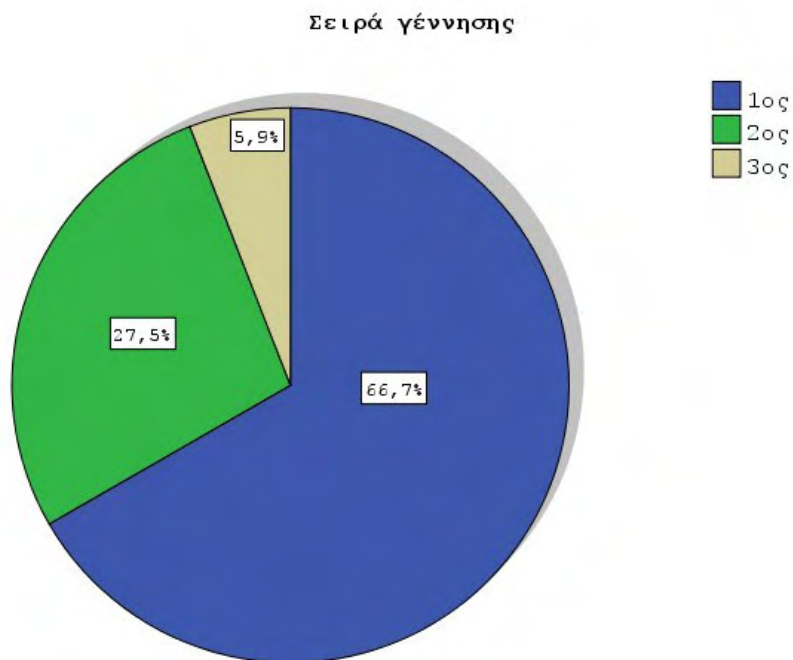
		Καταγωγή			Σύνολο
Ειδικότητα		Χωριό/Κωμόπολη	Πόλη <150.000	Πόλη >150.000	
			κατοίκους	κατοίκους	
Ειδικότητα	Γενικός Ιατρός	16	17	19	52
	Παθολόγος	0	22	28	50
	Σύνολο	16	39	47	102

Οι ενεννηντατρις από τους ερωτώμενους (91,2%) δήλωσαν πως έχουν αδέρφια ενώ οι εβδομηνταδύο (58,5%) πως έχουν παιδιά (Πίνακας 3.3.4, σελίδα 38).



Διάγραμμα 1: Κατανομή ηλικιών των ερωτώμενων

Οι 68 από τους ερωτώμενους (66,7%) αποτελούσαν το πρώτο παιδί στην οικογένεια τους, οι 28 το 2ο παιδί (27,5%) ενώ οι έξι το τρίτο παιδί (5,7%) (διάγραμμα 2, σελίδα 36)



Διάγραμμα 2: Σειρά γέννησης στην οικογένεια

Η πλειοψηφία (45 ερωτώμενοι) δηλώνει πως εμφανισιακά μοιάζει στον πατέρα, ενώ ακολουθεί η μητέρα (25 ερωτώμενοι). Η ίδια ταξινόμηση εμφανίζεται και στις αποκρίσεις σχετικά με την ομοιότητα του χαρακτήρα. Αναλυτικά, οι αποκρίσεις παρουσιάζονται στους πίνακες 3.3.2 και 3.3.3, σελίδες 37 και 37 αντίστοιχα.

Πίνακας 3.3.2 : Σε ποιόν μοιάζετε φυσιολογικά

	Συχνότητα	Ποσοστό
Μπαμπάς	45	44,1%
Μαμά	25	24,5%
Αδερφός	2	2,0%
Και στους δύο	10	9,8%
Κανέναν	10	9,8%
Διάσημο	3	2,9%
Δεν απάντησε	7	6,9%

Σύνολο 102 100%

Πίνακας 3.3.3 : Σε ποιόν μοιάζετε στο χαρακτήρα

	Συχνότητα	Ποσοστό
Μπαμπάς	34	33,3
Μαμά	31	30,4
Και στους δύο	11	10,8
Κανέναν	14	13,7
Διάσημο	3	2,9
Δεν απάντησε	9	8,8
Σύνολο	102	100%

Οι 22 από τους ερωτώμενους (21,6%) έχουν κάποιο γιατρό στην οικογένειά τους, στην πλειοψηφία των οποίων (9 αποκρίσεις) είναι ο πατέρας. Στον πίνακα 3.3.4 παρουσιάζονται οι υπόλοιπες αποκρίσεις στην ερώτηση αυτή, ενώ στο διάγραμμα 3, σελίδα 38, εμφανίζεται η κατανομή των ειδικοτήτων των συγγενών που εφαρμόζουν το ιατρικό λειτούργημα.

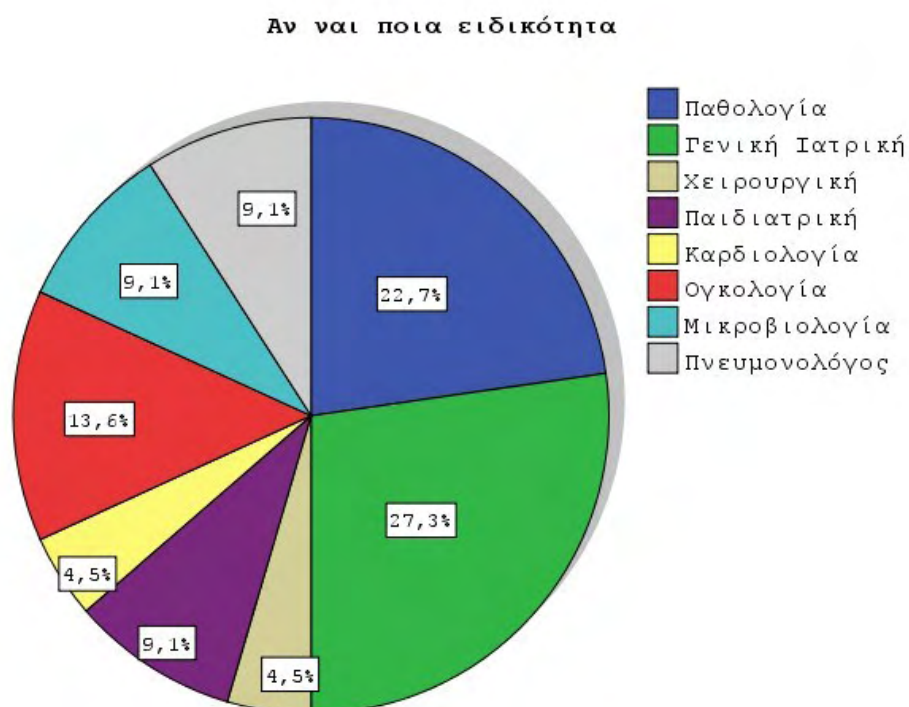
Πίνακας 3.3.4 : Συγγενής στο ιατρικό επάγγελμα

	Συχνότητα	Ποσοστό
Μπαμπάς	9	40,9%
Θεία πατέρα	4	18,2%
Αδερφή	4	18,2%
Θείος πατέρα	2	9,1%
Αδερφός	2	9,1%
Θείος μητέρα	1	4,5%

Σύνολο 22 100%

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων δηλώνει πως δεν μετάνιωσε για την

ειδικότητα που επέλεξε (69 ερωτώμενοι, 67,6%) και το γεγονός αυτό είναι ανεξάρτητο από το αν ο ερωτώμενος είναι γενικός ιατρός ή παθολόγος (δοκιμασία χ^2 , $p = 0,44$).



Διάγραμμα 3: Ιατρική ειδικότητα συγγενούς

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων δηλώνει πως η Μικροβιολογία είναι η πιο εύκολη ειδικότητα (75 απαντήσεις, 73,5% επί του συνόλου), ενώ 15 δηλώνουν πως καμία δεν μπορεί να θεωρηθεί η πιο εύκολη ειδικότητα (πίνακας 3.3.5)

Πίνακας 3.3.5 : Ειδικότητα που θεωρείται πιο εύκολη

	Συχνότητα	Ποσοστό
Μικροβιολογία	75	73,5%
Καμία	15	14,7%
Δερματολογία	5	4,9%
Γενική Ιατρική	2	2,0%
Ακτινολογία	2	2,0%

ειδικότητα

Ναι Όχι Σύνολο

Γενικός Συχνότητα 10 42 52 Ιατρός Αναμενόμενη Συχνότητα 23,5 28,5
52,0

Ειδικότητα

Συχνότητα 36 14 50

Παθολόγος

Αναμενόμενη Συχνότητα 22,5 27,5 50,0

Σύνολο 46 56 102

Η Θωρακοχειρουργική με 44 αποκρίσεις (43,1%) θεωρείται η ειδικότητα με το μεγαλύτερο κύρος με τη Χειρουργική και την Καρδιολογία να έπονται με 15 αποκρίσεις (14,7%). Στον πίνακα 3.3.8, σελίδα 40, παρουσιάζονται οι υπόλοιπες αποκρίσεις. Από το σύνολο των 102 ερωτώμενων, μόλις 6 δήλωσαν πως η δική τους ειδικότητα θεωρείται αυτή με το μεγαλύτερο κύρος, από τους οποίους οι 4 ήταν Γενικοί Ιατροί και οι 2 Παθολόγοι διαφοροποίηση η οποία αναμενόμενα δεν προκύπτει να είναι στατιστικώς σημαντική μεταξύ των δύο ειδικοτήτων (δοκιμασία χ^2 , $p = 0,428$)

Πίνακας 3.3.8 : Ειδικότητα με μεγαλύτερο κύρος

	Συχνότητα	Ποσοστό
Θωρακοχειρουργική	44	43,1%
Χειρουργική	15	14,7%
Καρδιολογία	15	14,7%
Νευροχειρουργική	8	7,8%
Γενική Ιατρική	4	3,9%
Παθολογία	2	2,0%
Μαιευτική Γυναικολογία	2	2,0%
Ογκολογία	2	2,0%

Καμιά 4 3,9% Δεν απάντησε 4 3,9%

Σύνολο 102 100%

Περισσότερο αδικημένη θεωρείται η Γενική Ιατρική από τους 56 από τους ερωτώμενους (54,9%) με την Παθολογία να ακολουθεί με 33 αποκρίσεις (32,4%). Στον πίνακα 3.3.9, σελίδα 41, παρουσιάζονται οι υπόλοιπες αποκρίσεις. Ενδεχομένως αναμενόμενα, οι ερωτώμενοι θεωρούν την ειδικότητα τους περισσότερο αδικημένη από τις υπόλοιπες (δοκιμασία χ^2 , $p < 0,01$) παρατήρηση που εμφανίζεται τόσο στους άνδρες όσο και τις γυναίκες ερωτώμενους ($p=0,02$ και $p < 0,01$ αντίστοιχα).

Πίνακας 3.3.9 : Ειδικότητα που θεωρείται περισσότερο αδικημένη

Συχνότητα Ποσοστό

Γενική Ιατρική 56 54,9% Παθολογία 33 32,4% Ακτινολογία 5 4,9% Ιατρική της
εργασίας 4 3,9% Οφθαλμολογία 2 2,0% Παθολογοανατομία 2 2,0%

Σύνολο 102 100%

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός πως οι 69 από τους 102 ερωτώμενους θεωρούν τη δική τους ειδικότητα την περισσότερο αδικημένη. Ειδικότερα, την απόκριση αυτή έδωσαν οι 41 από τους 52 Γενικούς Ιατρούς (78,8% επί του συνόλου των Γενικών Ιατρών) και οι 28 από τους 50 Παθολόγους (56% επί του συνόλου των Παθολόγων). Η διαφοροποίηση αυτή προκύπτει στατιστικώς σημαντική και χαρακτηρίζει τους Γενικούς Ιατρούς που συμμετείχαν στην έρευνά μας ως προς το χαρακτηριστικό αυτό (δοκιμασία χ^2 , $p = 0,014$) (Πίνακας 3.3.10)

Πίνακας
3.3.10:
αδικημένη

Συσχέτιση Ειδικότητας και αναγνώρισης της ως τη περισσότερο

Ο ερωτώμενος θεωρεί τη δική του ειδικότητα ως την περισσότερο
αδικημένη

		Ναι	Όχι	Σύνολο
Ειδικότητα	Γενικός Συχνότητα	41	11	52
	Ιατρός Αναμενόμενη Συχνότητα	35,2	16,8	52,0
	Συχνότητα	28	22	50
	Παθολόγος Αναμενόμενη Συχνότητα	33,8	16,2	50,0
Σύνολο		69	33	102

Οι 32 από τους ερωτώμενους δήλωσαν πως επιθυμούν να κάνουν παρέα με ιατρούς οποιασδήποτε ειδικότητας. Οι ιατροί με ειδικότητα Παθολογία προτιμούνται από τους 16 ερωτώμενους ενώ 14 ερωτώμενοι δήλωσαν Χειρουργική και 10 Γενική Ιατρική. (Πίνακας 3.3.12, σελίδα 43)

Πίνακας 3.3.11 : Ειδικότητα που θα επιθυμούσατε να έχετε πάρει

Συχνότητα Ποσοστό Πλαστική χειρουργική 1 1,0%

Καμιά άλλη/την ίδια	28	27,5%
Δερματολογία	10	9,8%
Ακτινολογία	10	9,8%
Χειρουργική	7	6,9%
Παιδιατρική	7	6,9%
Γαστρεντερολογία	7	6,9%
Δεν απάντησε	5	4,9%
ΩΡΛ	4	3,9%
Γενική Ιατρική	3	2,9%
Νεφρολογία	3	2,9%
Ιατροδικαστική	3	2,9%

Παθολογία	2	2,0%
Ενδοκρινολογία	2	2,0%
Καρδιολογία	2	2,0%
Ρευματολογία	2	2,0%
Ψυχιατρική	2	2,0%
Αναισθησιολογία	2	2,0%
Μαιευτική Γυναικολογία	1	1,0%
Ιατρική της εργασίας	1	1,0%

Σύνολο 102 100%

Ενδιαφέρουσα είναι η παρατήρηση πως υπάρχει στατιστική συσχέτιση της ειδικότητας του ερωτώμενου και της αποκρίσής του σχετικά με τα άτομα που επιθυμεί να συναναστρέφεται (δοκιμασία χ^2 , $p < 0,01$). Ειδικότερα, οι ιατροί με ειδικότητα Γενική Ιατρική δηλώνουν πως επιθυμούν να κάνουν παρέα με Γενικούς Ιατρούς ενώ οι Παθολόγοι δηλώνουν πως επιθυμούν να συναναστρέφονται τόσο με Παθολόγους όσο και με Χειρουργούς. Επιπλέον, η επιλογή αυτή εμφανίζεται ιδιαίτερα ισχυρή στις γυναίκες του δείγματός μας ($p < 0,01$) ενώ στους άνδρες βρίσκεται στο όριο της μη αποδοχής της στατιστικής σημαντικότητας της τάσης ($p = 0,052$).

Στην ερώτηση σχετικά με την ειδικότητα του συντρόφου, οι 95 ερωτώμενοι εκδήλωσαν κάποια ιδιαίτερη προτίμηση. Από αυτούς οι 14 δήλωσαν πως θα επιθυμούσαν ο σύντροφός τους να είχε ειδικότητα Γενική Ιατρική ή Χειρουργική, ενώ 11 δήλωσαν Καρδιολογία και 10 Γενική Ιατρική (Πίνακας 3.3.14, σελίδα 44)

Πίνακας 3.3.12 : Ποιας ειδικότητας τα άτομα θα επιθυμούσατε να κάνετε παρέα;

	Συχνότητα	Ποσοστό
Όλες	32	31,4%
Παθολογία	16	15,7%
Χειρουργική	14	13,7%

Γενική Ιατρική	10	9,8%
Δεν απάντησε	9	8,8%
Μικροβιολογία	7	6,9%
Ψυχιατρική	3	2,9%
Ιατροδικαστική	3	2,9%
Νευρολογία	3	2,9%
Παιδιατρική	2	2,0%
Καρδιολογία	2	2,0%
Νευροχειρουργική	1	1,0%

Σύνολο 102 100%

Οι 62 από τους ερωτώμενους (60,8%) δήλωσαν πως μπορούν να ανακαλέσουν κάποιο στρεσογόνο γεγονός της παιδικής ηλικίας ενώ οι 59 (57,8%) δήλωσαν πως μπορούν να

κάνουν το ίδιο με ένα γεγονός της ενήλικης ζωής. Και στις δύο ερωτήσεις η απάντηση με τις περισσότερες αποκρίσεις είναι η απώλεια αγαπημένου. Η αλλαγή περιβάλλοντος εμφανίζεται δεύτερο στα στρεσογόνα γεγονότα της παιδικής ζωής ενώ η ασθένεια του ιδίου του ερωτώμενου εμφανίζεται τρίτη και δεύτερη επιλογή στα στρεσογόνα γεγονότα τόσο της παιδικής ηλικίας όσο και της ενήλικης ζωής.

Πίνακας 3.3.13 : Μπορείτε να ανακαλέσετε κάποιο γεγονός, το οποίο σας προκάλεσε έντονο άγχος ή στενοχώρια ως παιδί;

Συχνότητα Ποσοστό

Ναι 62 60,8%

Όχι 36 35,3%

Δεν απάντησε 4 3,9%

Σύνολο 102 100%

Πίνακας 3.3.14 : Αν ο σύντροφός σας ήταν γιατρός, ποιας ειδικότητας θα επιθυμούσατε;

Συχνότητα Ποσοστό

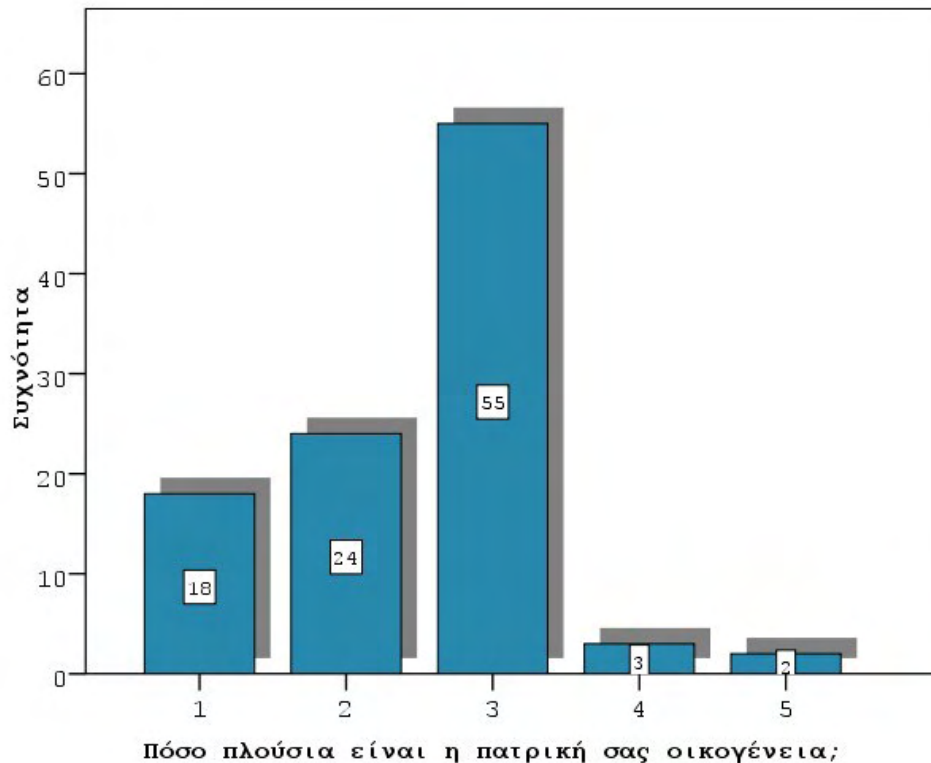
Όλες / Δεν απάντησε	17	16,7%
Γενική Ιατρική	14	13,7%
Χειρουργική	14	13,7%
Καρδιολογία	11	10,8%
Μικροβιολογία	9	8,8%
Παιδιατρική	6	5,9%
Ψυχιατρική	4	3,9%
Νευροχειρουργική	4	3,9%
Νευρολογία	4	3,9%
Δερματολογία	3	2,9%
Ρευματολογία	3	2,9%
Ιατροδικαστής	3	2,9%
Ουρολογία	3	2,9%
Γαστρεντερολογία	3	2,9%
Παθολογία	2	2,0%

Εκτός Ιατρικής 2 2,0%

Σύνολο 102 100%

Οι 55 απο τους ερωτώμενους τοποθέτησαν στο μεσαίο σημείο της διαθέσιμης κλίμακας την παρουσία της πατρικής οικογένειας, ενώ μόλις 5 αποκρίσεις βρίσκονται στις δύο μεγαλύτερες τιμές της κλίμακας. Η κατανομή των αποκρίσεων εμφανίζεται στο διάγραμμα 4, σελίδα 45.

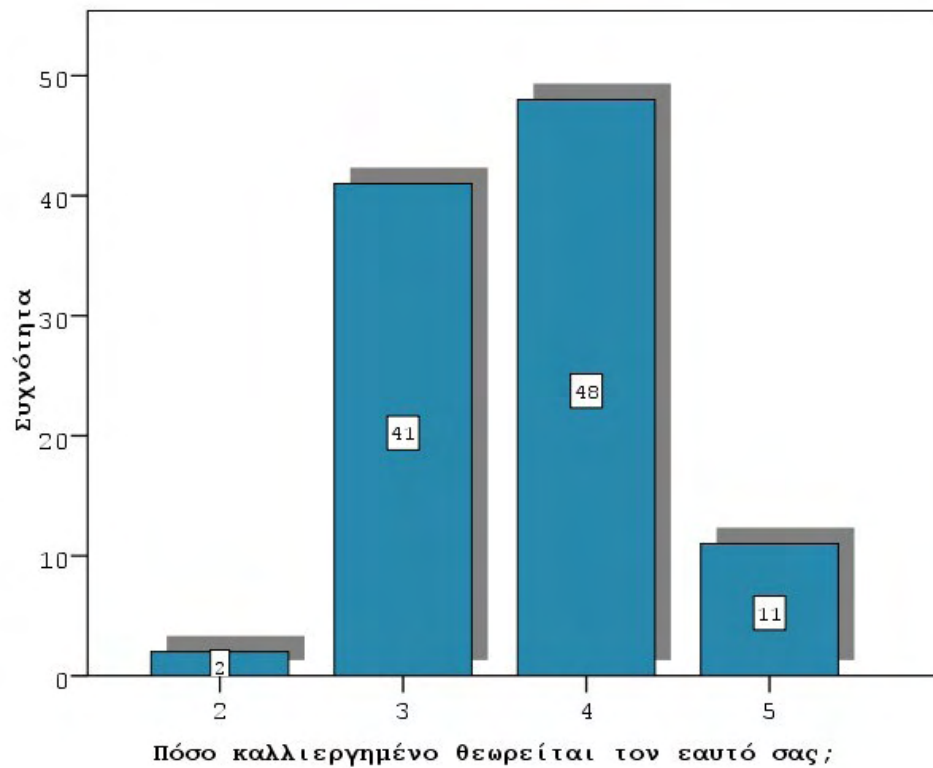
Στην ερώτηση σχετικά με την προσωπική καλλιέργεια και στη διαθέσιμη κλίμακα 1 έως 5 σχεδόν το σύνολο των ερωτώμενων δήλωσε πως τοποθετεί τον εαυτό του στις τιμές 3 και 4 ενώ κανένας δεν επέλεξε την τιμή 1 (πολύ λίγο) και μόλις 2 επέλεξαν την τιμή 2 (λίγο). Στο διάγραμμα 4, σελίδα 45 παρουσιάζονται αναλυτικά οι αποκρίσεις.



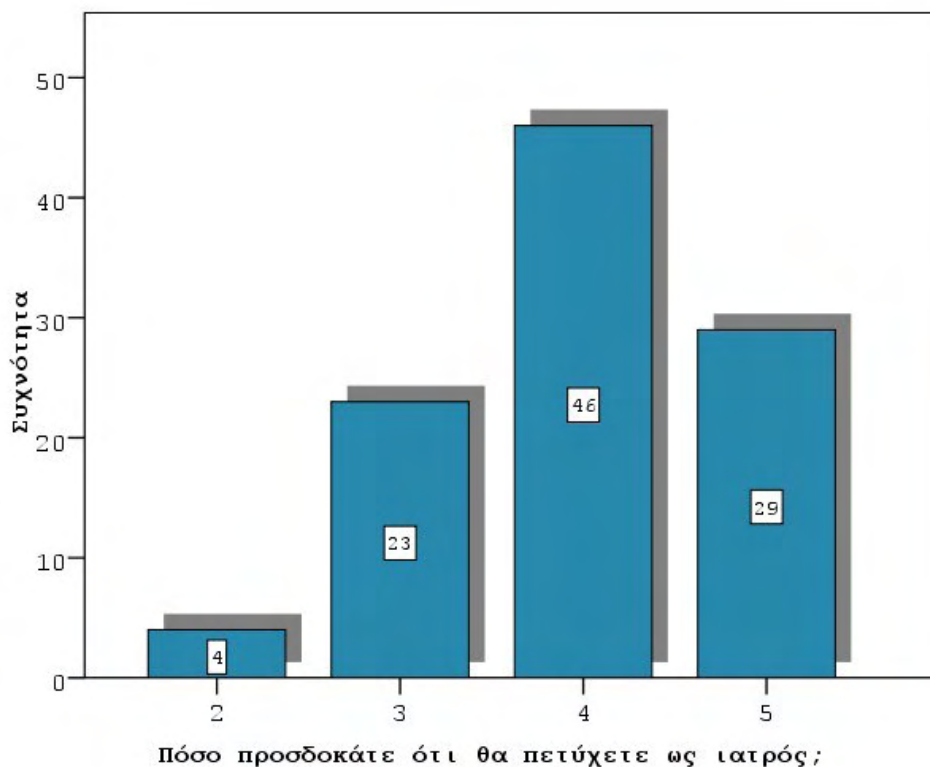
Διάγραμμα 4: Οικονομική κατάσταση πατρικής οικογένειας

Τέλος, οι περισσότεροι από τους ερωτώμενους (75 αποκρίσεις) θεωρούν πως θα πετύχουν ως ιατροί καθώς επιλέγουν τα δύο υψηλότερα σημεία της ανάλογης κλίμακας ενώ μόλις 4 επιλέγουν το σημείο 2 (λίγο) (Διάγραμμα 6, σελίδα 46). Επιπλέον, αν και οι Γενικοί Ιατροί του δείγματος μας επιλέγουν υψηλότερες τιμές σε σύγκριση με τους Παθολόγους, η διαφοροποίηση δεν είναι τόσο μεγάλη ώστε να προκύψει στατιστικώς σημαντική ($p = 0,08$), ενώ επίσης δεν προκύπτει

στατιστική συσχέτιση στις αποκρίσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών ($p = 0,142$)



Διάγραμμα 5: Προσωπική καλλιέργεια



Διάγραμμα 6: Προσδοκία για επιτυχία

3.4 Συμπερασματικά

Το 52% των ερωτώμενων (73,3% των ανδρών και 33,5% των γυναικών) είναι άγαμοι με μέση ηλικία τα 33,9 και 34,2 χρόνια. Καθώς η μέση ηλικία γάμου των γυναικών το 2007 ήταν τα 28,5 έτη (ΕΔΚΑ, 2009) θεωρούνται αναμενόμενα τα παραπάνω ποσοστά, γεγονός που αναιρεί την πεποίθηση πως οι Ιατροί παντρεύονται σε πολύ μεγαλύτερη ηλικία από το μέσο πληθυσμό. Ακόμα έχοντας ως δεδομένο ότι το ποσοστό των άγαμων γυναικών του γενικού πληθυσμού που γεννήθηκαν το 1970 είναι 22% (ΕΔΚΑ, 2009) οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι το ποσοστό των αγάμων γυναικών-ιατρών είναι μάλλον υψηλότερο από τον εθνικό μέσο όρο.

Περαιτέρω, μόλις 22 από τους ερωτώμενους (21,6%) έχουν κάποιο γιατρό στην οικογένειά τους, γεγονός που αναιρεί την ευρέως διαδεδομένη αντίληψη πως αυτό συμβαίνει για την πλειοψηφία των γιατρών.

Οι 63 (42,4%) από τους ερωτώμενους δήλωσαν πως μετάνιωσαν για την ειδικότητα που επέλεξαν, γεγονός που θέτει το ζήτημα της καλύτερης πληροφόρησης των υποψήφιων ιατρών πριν την επιλογή ειδικότητας. Επιπλέον, το αν κάποιος ιατρός μετανιώνει κάποιες φορές για την επιλογή ειδικότητας δεν εξαρτάται από το φύλο

(δοκιμασία χ^2 , $p = 0,812$) ούτε από την ειδικότητα που ασκεί ($p = 0,44$).

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι σημαντικότερες αποκρίσεις σε κάποιες από τις ερωτήσεις που προηγήθηκαν.

Πίνακας 3.4.1: Συνοπτικός πίνακας αναφοράς

Ερώτηση	1η επιλογή	2η επιλογή	3η επιλογή
Ειδικότητα με μεγαλύτερο κύρος	Θωρακοχειρουργική (44)	Χειρουργική (15)	Καρδιολογία (15)
Ειδικότητα που θεωρείται περισσότερο αδικημένη	Γενική Ιατρική (56)	Παθολογία (33)	Ακτινολογία (5)
Ειδικότητα που θα επιθυμούσατε να έχετε πάρει	Δερματολογία / Ακτινολογία (10)	Χειρουργική / Παιδιατρική / Γαστρεντερολογία (7)	
Ποιας ειδικότητας τα άτομα θα επιθυμούσατε να κάνετε παρέα;	Παθολογία (16)	Χειρουργική (14)	Γενική Ιατρική (10)
Αν ο σύντροφος σας ήταν γιατρός, ποιας ειδικότητας θα επιθυμούσατε;	Γενική Ιατρική / Χειρουργική (14)	Καρδιολογία (11)	Μικροβιολογία (9)

Τέλος, είναι άξιο αναφοράς το στατιστικό συμπέρασμα πως οι Παθολόγοι θεωρούν την ειδικότητα τους τη δυσκολότερη από όλες (Πίνακας 3.3.7, δοκιμασία χ^2 , $p < 0,001$) ενώ οι Γενικοί Ιατροί θεωρούν στατιστικά περισσότερο από τους Παθολόγους πως η ειδικότητα τους είναι η περισσότερο αδικημένη από όλες (Πίνακας 3.3.10, δοκιμασία χ^2 , $p = 0,014$).

3.5 Στατιστική επεξεργασία των δεδομένων

Τα δεδομένα μας κωδικοποιήθηκαν κατάλληλα και καταχωρήθηκαν στο SPSS 15.0 με το οποίο πραγματοποιήθηκε η στατιστική ανάλυση. Ο υπολογισμός των κλιμάκων των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν έγινε με εφαρμογή κατάλληλων εντολών του Syntax Editor του SPSS

15.0 ώστε να εξαλειφθεί το ενδεχόμενο ανθρωπίνου λάθους.

Η στατιστική σημαντικότητα των διαφοροποιήσεων που εμφανίζονται μετρήθηκε τόσο με παραμετρικές όσο και με μη παραμετρικές δοκιμασίες, με κυριότερες εφαρμογές τους παραμετρικούς στατιστικούς ελέγχους Student (T -Test), τον έλεγχο ANOVA και τις μη παραμετρικές δοκιμασίες χ^2 και Mann – Whitney. Σημειώνεται πως πριν την ερμηνεία των ανάλογων στατιστικών, πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος ισότητας των διασπορών (T-Test) και της ομοιογένειας (ANOVA), ώστε να διασφαλιστεί η εγκυρότητα του αποτελέσματος.

Το κριτήριο στο οποίο στηριχθήκαμε για την εφαρμογή της μίας ή της άλλης μεθόδου ήταν το μέγεθος του δείγματος. Όταν το δείγμα ήταν μεγάλο δηλαδή μεγαλύτερο από τριάντα όπως συνήθως ορίζεται το “μεγάλο δείγμα” στη Στατιστική τότε επιλέγαμε παραμετρικές δοκιμασίες ενώ στην αντίθετη περίπτωση επιλέγαμε μη παραμετρικές δοκιμασίες. Στις περιπτώσεις όπου το μέγεθος του δείγματος ήταν λίγο μικρότερο από τριάντα εφαρμοζόταν και οι δύο μέθοδοι οι οποίοι και περιμέναμε να συμφωνούν για να αποδεχθούμε το αποτέλεσμα ως στατιστικά σημαντικό.

Σε όποιους πίνακες αναφέρονται στατιστικές σημαντικότητες, αυτές έχουν γραφεί με έντονους χαρακτήρες σε κίτρινο φόντο για να είναι εύκολη η αναγνώρισή τους από τον αναγνώστη.

Κεφάλαιο 4 Αποτελέσματα

4.1 Κλίμακες που μελετήθηκαν

Κάθε ένας ερωτώμενος συμπλήρωσε 415 ερωτήσεις ταξινομημένες σε έντεκα ερωτηματολόγια. Από αυτές τις ερωτήσεις υπολογίστηκαν σαρανταπέντε κλίμακες και υποκλίμακες οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για την εξαγωγή των συμπερασμάτων της έρευνάς μας. Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται το σύνολο των κλιμάκων που υπολογίστηκαν για κάθε ένα ερωτηματολόγιο. Για κάθε μία κλίμακα περιγράφεται το σύνολο των ερωτήσεων από τις οποίες προήλθε και ο τρόπος με τον οποίον βαθμολογήθηκε κάθε μία απάντηση του ερωτώμενου.

Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale - OAS)

1	Συνολική βαθμολογία από το άθροισμα των απαντήσεων στις 18 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.
2	Αίσθημα κατωτερότητας από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 4, 5, 6, 7 και 8.
3	Αίσθημα κενού (empty) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 15, 16, 17 και 18.
4	Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 9, 11, 12, 13 και 14.

	Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale - ESS)
1	Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 19, 11 και 12.
2	Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 και 21.
3	Σωματική ντροπή (bodily shame) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 22, 23, 24 και 25.
4	Συνολική ντροπή από το άθροισμα της χαρακτηρολογικής, της συμπεριφορικής και της σωματικής ντροπής.

Κλίμακα Αλτρουισμού - Altruism Scale (Ahmet και Jackson, 1979)

Η συνολική βαθμολογία από την άθροιση των βαθμών των απαντήσεων των ατόμων στις επτά ερωτήσεις, με τις υψηλότερες τιμές να αντιστοιχούν σε υψηλότερα επίπεδα αλτρουισμού.

Κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας Narcissistic Personality Inventory (NPI, Raskin & Hall 1979)

Γενικό σύνολο από το άθροισμα των απαντήσεων σε όλες τις ερωτήσεις.

	Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90)
--	--

1	Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων το οποίο ορίζεται να είναι το άθροισμα όλων των αποκρίσεων του ερωτώμενου οι οποίες έχουν θετικό πρόσημο.
2	Σωματοποίηση η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56 και 58.
3	Ιδιοψυχαναγκασμός η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55 και 65.
4	Διαπροσωπική ευαισθησία η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69 και 73.
5	Κατάθλιψη η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71 και 79.
6	Άγχος η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80 και 86.
7	Επιθετικότητα η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 11, 24, 63, 67, 74 και 81.
8	Φοβικό άγχος η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 13, 25, 47, 50, 70, 75 και 82.
9	Παρανοειδή ιδεασμό η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 8, 18, 43, 68, 76 και 83.
10	Ψυχωτισμό η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88 και 90.
11	Διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.) η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των ερωτήσεων 44, 64, 66, 19, 60, 59 και 89.
12	Άθροισμα όλων των δεικτών η οποία ορίζεται να είναι το άθροισμα των δεικτών σωματοποίησης, ιδιοψυχαναγκασμού, διαπροσωπικής ευαισθησίας, κατάθλιψης, άγχους, φοβικού άγχους, παρανοειδή ιδεασμού, ψυχωτισμού και διαφόρων αιτιάσεων.
13	Γενικός δείκτης συμπτωμάτων ο οποίος ορίζεται να είναι το άθροισμα όλων των δεικτών προς το 90 που είναι το πλήθος όλων των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.
14	Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων ο οποίος ορίζεται να είναι η επόμενη ακέραια μονάδα του λόγου του αθροίσματος όλων των δεικτών προς το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων.

	Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ)
--	---

1	Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility) από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 15, 17, 20, 22, 24, 25, 39, 40, 42, 45, 46 και 49, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 7, 15, 17, 20, 22, 24, 25, 39, 42, 45, 46, 49 και "Λάθος" στην ερώτηση 40.
2	Επικριση των άλλων (criticism of others) από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 6, 10, 11, 13, 18, 19, 29, 32, 36, 41 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 1, 2, 6, 10, 11, 18, 19, 29, 32, 36, 41 και "Λάθος" στην ερώτηση 13.
3	Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility) από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 4, 9, 31, 35, 37, 38, 44, 47, 50 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 9, 31, 35, 37, 38, 44, 47, 50 και "Λάθος" στην ερώτηση 4.
4	Αυτο-επικριση (self-criticism) από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 8, 14, 23, 26, 27, 28, 30, 34, 40, 51 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 8, 14, 27, 28, 30, 34, 40, 51 και "Λάθος" στις ερωτήσεις 3, 23, 26.
5	Παραληρηματική ενοχή (Guilt) από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 5, 12, 16, 21, 33, 43, 48 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" σε όλες τις ερωτήσεις.
6	Σύνολο εξωστρέφειας από το άθροισμα των κλιμάκων της παρορμητικής επιθετικότητας, της παρανοειδής επιθετικότητας και της επικρισης των άλλων.
7	Σύνολο ενδοστρέφειας από το άθροισμα των κλιμάκων της αυτο-επικρισης και της παραληρηματικής ενοχής.
8	Γενικό σύνολο από το άθροισμα των κλιμάκων του συνόλου εξωστρέφειας και του συνόλου ενδοστρέφειας.

	Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI) (Brennan et al., 1998)
1	Κλίμακα Αποφυγής από το άθροισμα των αποκρίσεων στις ερωτήσεις 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27, 29, 31, 33 και 35 από τις οποίες πρώτα αντιστράφηκαν οι αποκρίσεις στις ερωτήσεις 3, 15, 19, 25, 29, 31, 33 και 35.
2	Κλίμακα άγχους από το άθροισμα των αποκρίσεων στις ερωτήσεις 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34, 36 από τις οποίες πρώτα αντιστράφηκε η απόκριση στην ερώτηση 22.

	Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III; McNeil & Rainwater, 1998).
1	Φόβος που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (Minor Pain subscale) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 4, 7, 12, 19, 22, 23, 24, 28 και 30.
2	Φόβος που προέρχεται από δριμύ πόνο (Severe Pain subscale) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 3, 5, 6, 9, 10, 13, 18, 25 και 27.
3	Φόβος για τον πόνο που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 8, 11, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 26 και 29.
4	Συνολικός φόβος από το άθροισμα των απαντήσεων σε όλες τις ερωτήσεις.

	Δοκιμασία EPQ (Eysenck Personality Questionnaire)
1	Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 4, 8, 13, 16, 19, 23, 29, 37, 40, 43, 47, 49, 53, 56, 60, 65, 76 και 80 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “Ναι” στις ερωτήσεις 1, 4, 8, 13, 16, 23, 29, 37, 43, 47, 49, 53, 56, 60, 65, 76, 80 και “Όχι” στις ερωτήσεις 19, 40.
2	Νευρωτισμός από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 6, 10, 14, 21, 25, 28, 31, 35, 39, 45, 51, 54, 58, 62, 63, 67, 69, 71, 74 και 78 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “Ναι” στο σύνολο των ερωτήσεων.
3	Ψυχωτισμός από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 5, 9, 12, 20, 24, 27, 30, 33, 34, 38, 41, 44, 48, 50, 57, 61, 66, 70, 73, 77, 81, 82 και 84 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “Ναι” στις ερωτήσεις 12, 20, 24, 27, 30, 33, 41, 44, 48, 61, 66, 70, 73, 77, 81 και “Όχι” στις ερωτήσεις 2, 5, 9, 34, 38, 50, 57, 82, 84.
4	Ψεύδος από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 11, 15, 18, 22, 26, 32, 36, 42, 46, 52, 55, 59, 64, 68, 72, 75, 79 και 83 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “Ναι” στις ερωτήσεις 11, 18, 32, 52, 72, 83 και “Όχι” στις ερωτήσεις 7, 15, 22, 26, 36, 42, 46, 55, 59, 64, 68, 75, 79.

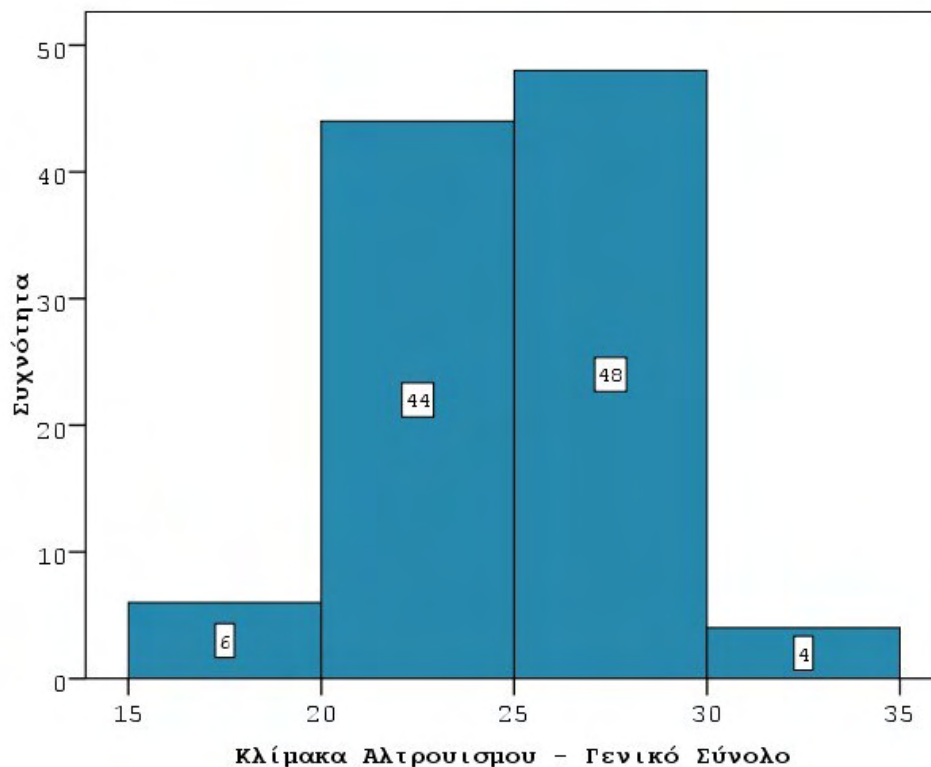
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή- Life Orientation Test
(LOT-R; Scheier et al. 1994)

Συνολικό άθροισμα των αποκρίσεων στις 10 ερωτήσεις της κλίμακας.

Στις επόμενες παραγράφους εμφανίζονται οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις του συνόλου των ερωτώμενων ομαδοποιημένες ανά ερωτηματολόγιο. Πρέπει να αναφέρουμε ότι δεν υπήρχαν στα δεδομένα της έρευνας μη συμπληρωμένες καταχωρήσεις. Συνεπώς, το σύνολο των στατιστικών που αναφέρονται στους πίνακες που παρουσιάζονται, υπολογίστηκαν από το σύνολο των εκατόν δύο ερωτηματολογίων που συλλέχθηκαν. Επιπλέον, για κάθε ένα ερωτηματολόγιο παρουσιάζεται ένα συγκριτικό διάγραμμα στο οποίο γίνεται συγκριτική παρουσίαση των μέσων τιμών και των τυπικών αποκλίσεων των κλιμάκων του εκάστοτε ερωτηματολογίου.

4.2 Κλίμακα Αλτρουισμού - Altruism Scale (Ahmet και Jackson, 1979)

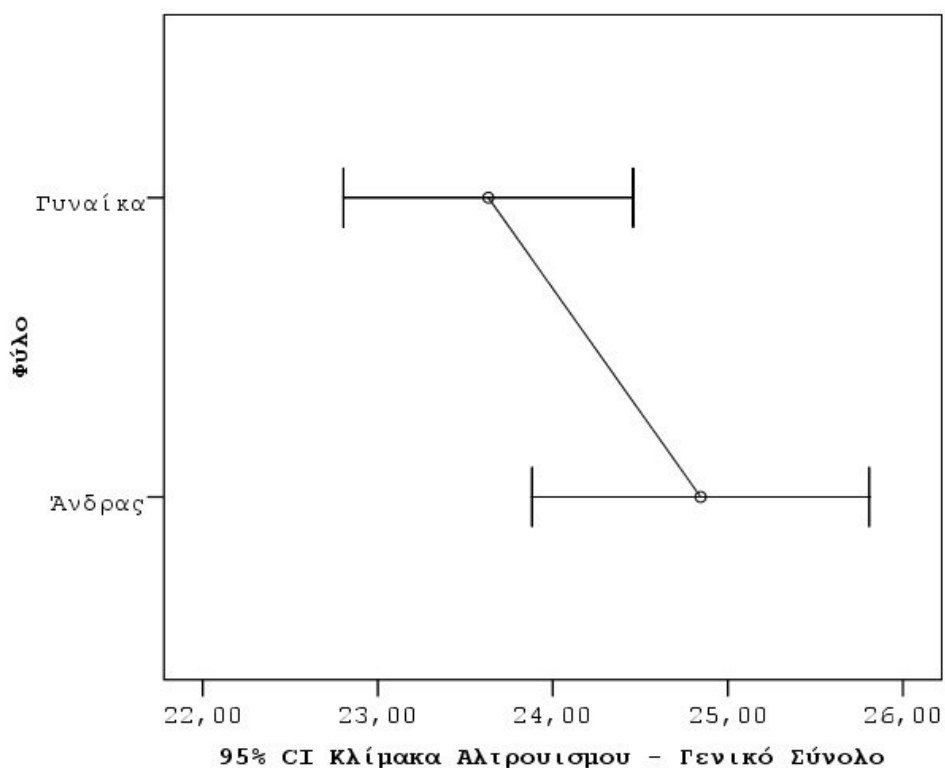
Επί του συνόλου των 102 ερωτώμενων η μέση τιμή στην κλίμακα αλτρουισμού βρέθηκε να είναι 24,2 μονάδες με τυπική απόκλιση 3,2 μονάδες με τιμές που κυμαίνονταν από 16 έως και 31 μονάδες. Στο διάγραμμα 7 που ακολουθεί παρουσιάζεται η κατανομή των τιμών.



Διάγραμμα 7: Κλίμακα Αλτρουισμού : Κατανομή τιμών

Περαιτέρω, σημειώνεται πως οι γυναίκες εμφανίζουν μικρότερη μέση τιμή στην κλίμακα

αλτρουισμού από ότι οι άνδρες (23,6 μονάδες έναντι 24,8 μονάδες αντίστοιχα), διαφοροποίηση όμως που δεν προκύπτει στατιστικώς σημαντική (T-Test : $p = 0,057$) (Διάγραμμα 8, σελίδα 54).



Διάγραμμα 8: Κλίμακα Αλτρουισμού : Διαφοροποιήσεις ανδρών και γυναικών.

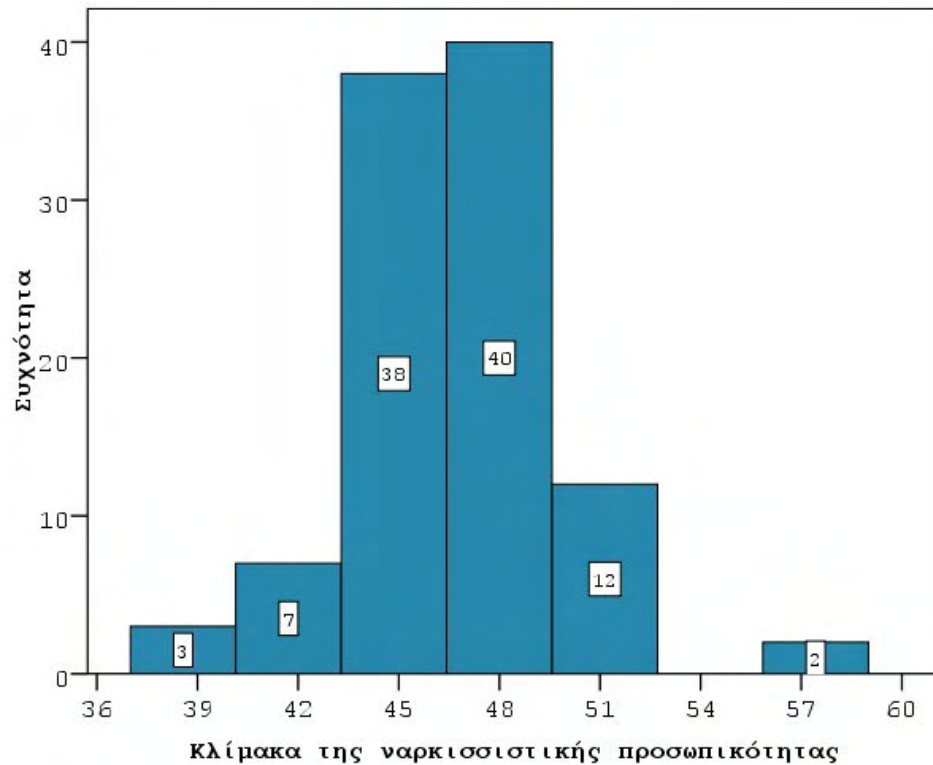
4.3 Κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας

Narcissistic Personality Inventory (NPI, Raskin & Hall 1979)

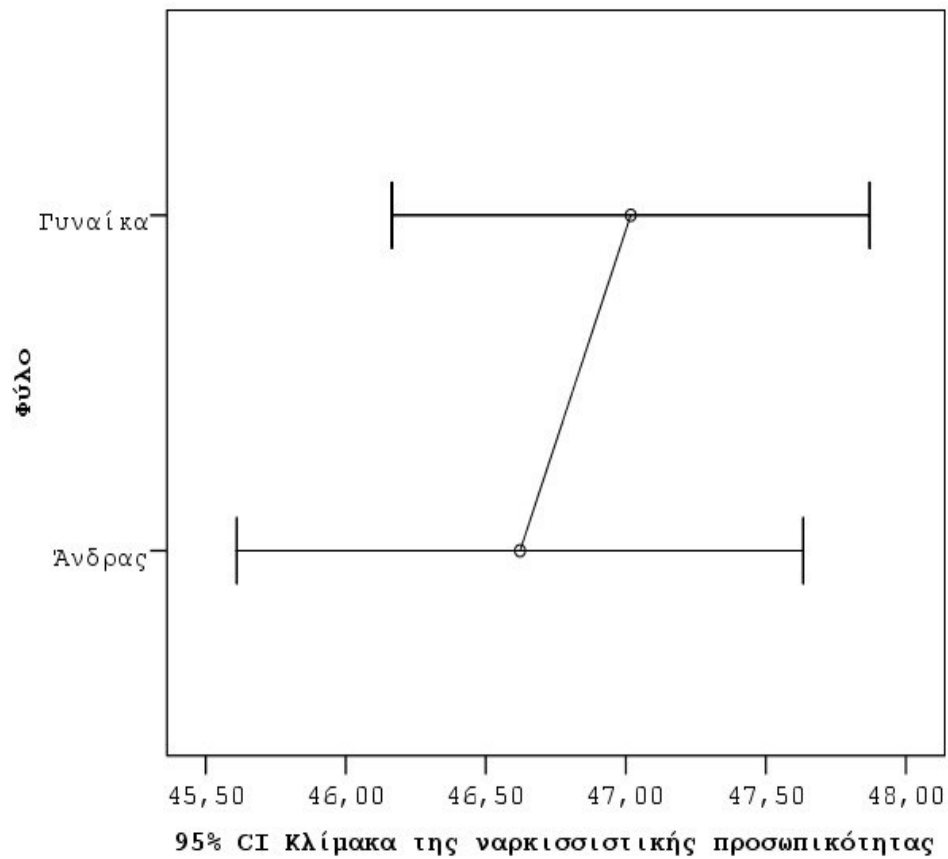
Επί του συνόλου των 102 ερωτώμενων η μέση τιμή στην κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας βρέθηκε να είναι 46,8 μονάδες με τυπική απόκλιση 3,3 μονάδες με τιμές που κυμαινόταν από 38 έως και 59 μονάδες. Στο διάγραμμα 8, σελίδα 54, που

ακολουθεί παρουσιάζεται η κατανομή των τιμών.

Οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερη μέση τιμή από τους άνδρες, ωστόσο η διαφοροποίηση δεν προκύπτει στατιστικώς σημαντική (T-Test : $p = 0,547$) (Διάγραμμα 10, σελίδα 56)

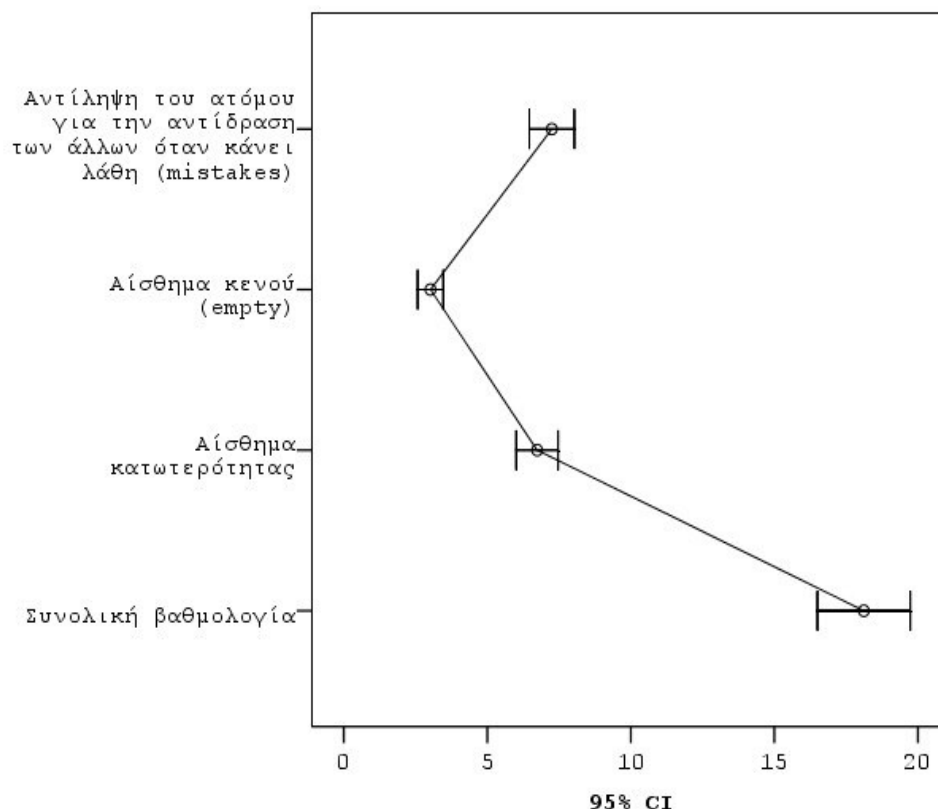


Διάγραμμα 9: Κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας : Κατανομή τιμών



4.4 Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale – OAS)

Στον πίνακα 4.4.1 αλλά και στο διάγραμμα 11 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι μέσες βαθμολογίες επί του συνόλου των ερωτώμενων.



Πίνακας 4.4.1 : Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής

	Πλήθος	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση Τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Συνολική βαθμολογία	102	0	41	18,1	8,2
Αίσθημα κατωτερότητας	102	0	18	6,7	3,7
Αίσθημα κενού (empty)	102	0	8	3,0	2,3
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes)	102	0	20	7,2	4,0

Από τη σύγκριση των τιμών του δείγματός μας με αυτές του πίνακα 4.4.2, σελίδα 58, συμπεραίνουμε πως το δείγμα μας εμφανίζει μικρότερη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα εξωτερικής ντροπής (OAS) κατά 3,63 μονάδες από ότι το δείγμα των 125 φοιτητών που αναφέρεται στην εργασία αυτή (M.S.-P. Cheung et al, 2004).

Table 1

Means, standard deviations for all students ($n = 125$) and t -test differences between males ($n = 56$) and females ($n = 69$) and Cronbach α values

Variables	Mean	SD	Mean	SD	P	α
<i>Depression</i>						
CES-D	17.93	9.92	15.91 (M) 19.57 (F)	10.53 9.14	0.04	0.87
<i>Social rank</i>						
Submissive Behaviour (SB)	24.64	8.63	22.86 (M) 26.09 (F)	7.19 9.45	0.04	0.80
Social Comparison (SC)	62.44	14.10	63.75 (M) 61.38 (F)	13.99 14.20	0.35	0.91
<i>Shame</i>						
Other As Shamer (OAS)	21.73	10.96	19.55 (M) 23.49 (F)	11.33 10.40	0.05	0.89
Experience of Shame Scale (ESS)	48.44	14.51	45.30 (M) 50.99 (F)	13.32 15.02	0.03	0.92
Character	21.74	7.41	21.59 (M) 21.87 (F)	7.46 7.42	0.83	0.84
Behaviour	17.84	5.94	16.36 (M) 19.04 (F)	5.50 6.05	0.01	0.90
Body	8.86	3.71	7.36 (M) 10.07 (F)	2.76 3.95	0.00	0.88
<i>Rumination (RRS)</i>	45.86	10.47	42.95 (M) 48.23 (F)	10.72 9.71	0.01	0.89

M, males; F, females.

Πίνακας 4.4.2: (M.S.-P. Cheung et al, 2004) : Τιμές υποκλιμάκων των OAS σε τυπικό δείγμα 125 φοιτητών

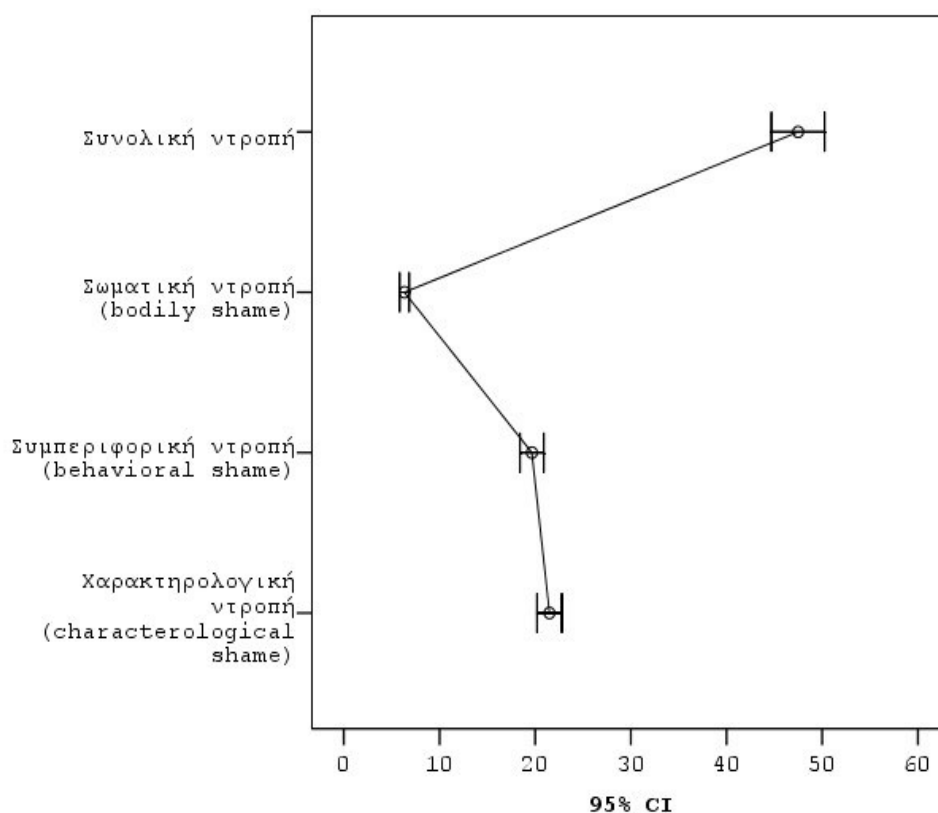
4.5 Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale-ESS)

Στον πίνακα 4.5.1 που ακολουθεί αλλά και στο διάγραμμα 12, σελίδα 59, παρουσιάζονται οι μέσες τιμές των κλιμάκων για το Βίωμα της Ντροπής επί του συνόλου των ερωτώμενων.

Πίνακας 4.5.1 : Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής

	Πλήθος	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση Τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	102	12	39	21,5	6,6
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	102	9	35	19,7	6,3
Σωματική ντροπή (bodily shame)	102	4	14	6,3	2,5

Συνολική ντροπή 102 25 84 47,5 14,1



Παρατηρείται πως η τιμή που υπολογίζεται στο δείγμα μας για τη συνολική ντροπή όπως αυτή ορίζεται στην κλίμακα για το Βίωμα της

Ντροπής (ESS) (47,5 μονάδες) είναι παραπλήσια με αυτή του δείγματος των 125 φοιτητών (Πίνακας 4.4.2, σελίδα 58) τιμή που αναφέρθηκε στην εργασία (M.S.-P. Cheung et al, 2004).

4.6 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90)

Στον πίνακα 4.6.1 που ακολουθεί αλλά και στο διάγραμμα 13, σελίδα 61, παρουσιάζονται οι μέσες τιμές των υποκλιμάκων της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας.

Πίνακας 4.6.1 : Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας

Σωματοποίηση Ιδεοψυχαναγκασμός Διαπροσωπική

ευαισθησία Κατάθλιψη Άγχος Επιθετικότητα Φοβικό άγχος Παρανοειδή ιδεασμό

Ψυχωτισμό Διάφορες αιτιάσεις (π.χ..

διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.)

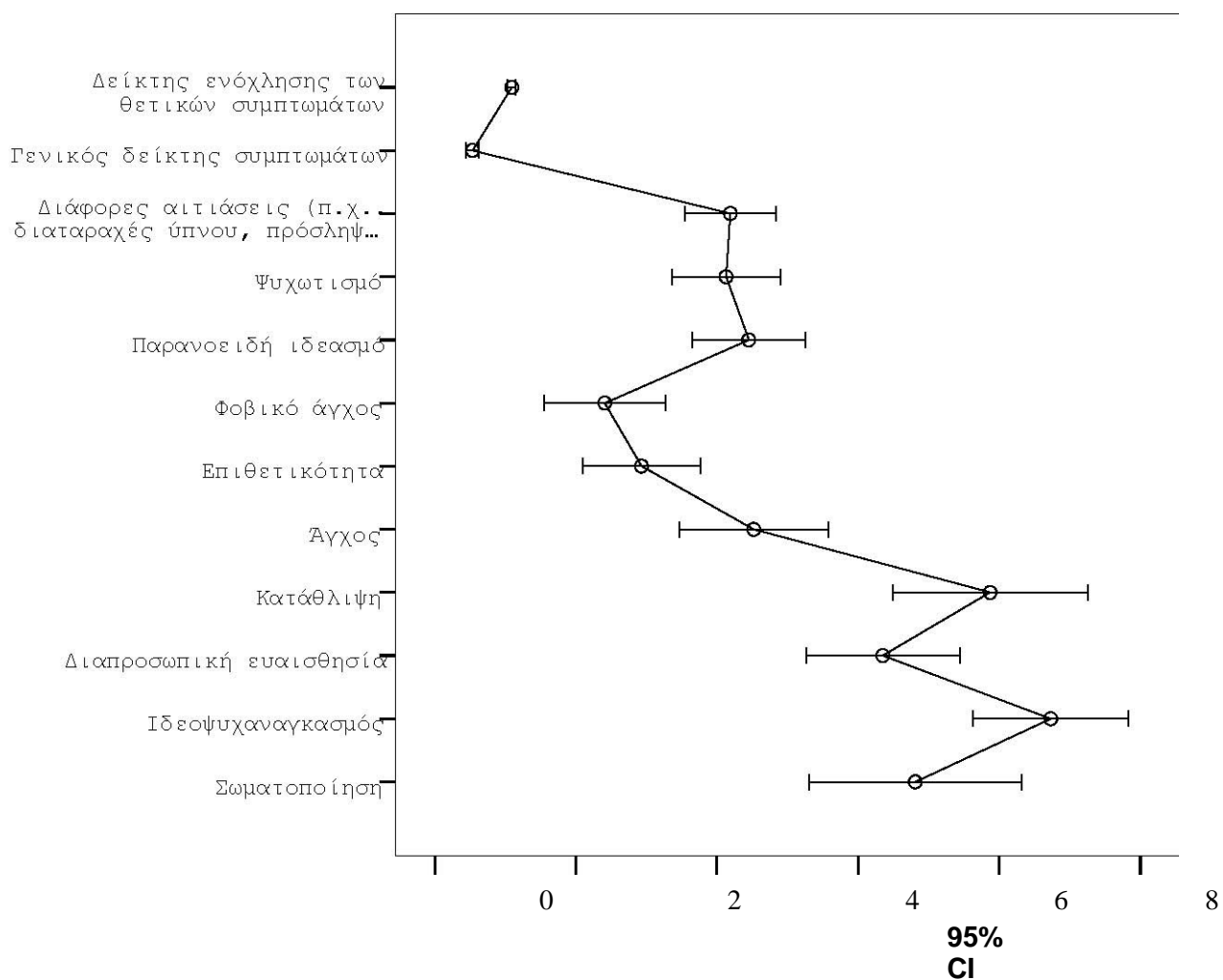
Άθροισμα όλων των

δεικτών Γενικός δείκτης συμπτωμάτων

Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων ερωτηματολογίου ψυχοπαθολογίας είναι μικρότερες από ανάλογες τιμές που έχουν παρατηρηθεί σε πληθυσμό ασθενών και συγκρίσιμες με τις ανάλογες τιμές που έχουν παρατηρηθεί σε υγιή πληθυσμό (πίνακας 4.6.2, σελίδα 62)

Πλήθος	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση Τιμή	Τυπ. Απόκλιση
102	0	36	6,7	7,6
102	0	24	8,6	5,6
102	0	27	6,2	5,5
102	0	27	7,7	7,0
102	0	24	4,4	5,3
102	0	18	2,9	4,2
102	0	21	2,4	4,3

102	0	16	4,4	4,1
102	0	15	4,0	3,9
102	0	12	4,1	3,3
102	0	208	47,3	41,8
102	0	2	0,5	0,5
100	1	2	1,1	,3



Διάγραμμα 13: Υπο κλίμα κες ακας Ψυ χοπαθο λογία ς
κλίμ

Παρατηρούμε πως στο δείγμα μας, οι τιμές των περισσότερων από τις υποκλίμακ

Πίνακας 4.6.2: Τυπικές τιμές των υποκλιμάκων του SCL – 90 σε ελληνικό πληθυσμό

Υποκλίμακες & Δείκτες ΣύνΑσθ(η=	ολο ενών 248)	Σύνολο Υγιών (η=	53)	Υγιείς Γυναίκες (η=	32)	Υγιείς Άνδρες (η=	21)
Μέση Τιμή	Τυπ. Απόκλ	Μέση Τιμή	Τυπ. Απόκλ	Μέση Τιμή	Τυπ. Απόκλ	Μέση Τιμή	Τυπ. Απόκλ
Σωματοποίηση 15,7	10,4	7,4	7,1	7,3	7,6	7,5	6,4
Ιδεοψυχαναγκασμός 19,2	9,4	9,5	6,5	8,9	6,9	10,4	5,9
Διαπροσωπική ευαισθησία 14,3	7,9	8,4	6,2	8,7	6,4	7,8	6,0
Κατάθλιψη 27,3	11,5	11,3	8,8	11,7	9,7	10,9	7,4
Άγχος 19,1	8,8	7,3	6,7	6,9	7,2	8,0	5,9
Επιθετικότητα 8,5	6,1	5,1	5,1	4,9	5,3	5,4	4,9
Φοβικό Άγχος 8,3	6,7	2,5	3,7	2,9	4,3	2,0	2,3
Παρανοειδής Ιδεασμός 9,1	5,7	6,1	4,4	6,3	4,9	5,8	3,6
Ψυχωτισμός 12,6	8,1	6,1	6,8	6,2	7,5	5,5	5,6
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων 1,6	0,7	0,7	0,6	0,7	0,6	0,7	0,5
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτωνΣ 59,6	17,7	38,1	20,2	36,5	19,7	40,3	21,3
Δείκτης ενόχλησης των 2,3	0,6	1,6	0,5	1,6	0,6	1,6	0,6

θετικών συμπτωμάτων

Ντώνιας Σ, Καραστεργίου Α, Μάνος Ν. Στάθμιση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist -90-R σε Ελληνικό πληθυσμό. Ψυχιατρική 1991, 2:42-48.

**4.7 Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της
Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility
Questionnaire**

– HDHQ)

Γνωρίζουμε πως τα αποδεκτά πρότυπα (Caine et al., 1967) για τη συνολική επιθετικότητα (Γενικό σύνολο) σε φυσιολογικό πληθυσμό είναι ανάμεσα σε 12 έως 14, αλλά υψηλότερα όρια έχουν επίσης προταθεί (McPherson, 1988).

Παρατηρούμε πως το γενικό σύνολο που προκύπτει στο δείγμα μας ισούται με 16,1 και είναι μεγαλύτερο του αποδεκτού όπως αυτό έχει προταθεί από τους (Caine et al., 1967). Για να διευκολύνουμε τη σύγκριση παραθέτουμε μερικά αποτελέσματα της εργασίας (Price et al, 1980) στην οποία (πίνακας Σφάλμα: Δεν βρέθηκε η πηγή παραπομπής, σελίδα Σφάλμα: Δεν βρέθηκε η πηγή παραπομπής) παρουσιάζονται συγκριτικά οι τιμές των κλιμάκων του ερωτηματολογίου HDHQ σε τέσσερις διαφορετικές εφαρμογές του, από τις οποίες οι τρεις πρώτες αφορούν χωρισμένες ή κακοποιημένες γυναίκες και η τελευταία ένα τυπικό δείγμα ερωτώμενων στο Ηνωμένο Βασίλειο (UK).

Στον πίνακα 4.7.1 που ακολουθεί αλλά και στο διάγραμμα 14, σελίδα 64 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές των υποκλιμάκων της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας.

Πίνακας 4.7.1 : Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας	Πλήθος Ελάχιστο Μέγιστο Μέση Τιμή Τυπ. Απόκλιση Παρορμητική	επιθετικότητα (acting-out hostility) Επίκριση των άλλων	102 2 11 5,3 2,4	(criticism of others) Παρανοειδής	επιθετικότητα (paranoid hostility) Αυτο- επίκριση (self
1020 8 3,3 1,8 criticism) Παραληρηματική ενοχή 1020 6 1,6 1,3	(Guilt) Σύνολο εξωστρεφίας 102 Σύνολο ενδοστρέφιας				

	102 Γενικό σύνολο 102				
	4 31 11,2				
	5,8 0 13 4,9				
	2,8 6 38				
	16,1 7,4				

Η απλή παρατήρηση καταδεικνύει πως οι τιμές των κλιμάκων του δείγματος μας είναι αυξημένες και εγγύτερα στις τρεις πρώτες ομάδες σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό που αντιπροσωπεύεται από την τέταρτη ομάδα.

Περαιτέρω, σημειώνουμε πως τόσο το σύνολο εξωστρέφειας (11,2 μονάδες) όσο και το σύνολο ενδοστρέφειας (4,9 μονάδες) είναι αυξημένα σε σχέση με το με τις τιμές που παρατηρήθηκαν σε δείγμα 35 ατόμων (Vassos et al, 2007), μικρότερο ωστόσο από τις αντίστοιχες τιμές δείγματος φορέων γονιδίου της ασθένειας Huntington (12,21 και 5,31 μονάδες αντίστοιχα, πίνακας 4.7.2, σελίδα 64).

Table 2. Comparison of Psychopathology Rating Between Gene Carriers and Non-Carriers

	Non-Carriers <i>n</i> = 35		Gene Carriers <i>n</i> = 29		Significance (Mann-Whitney)
	Mean (SD)	Mean Rank	Mean (SD)	Mean Rank	
SCL-90-R (GSI)	.52 (.44)	32.91	.52 (.45)	32.00	<i>p</i> = .84
HDHQ					
Introverted	5.09 (2.96)	32.89	5.31 (3.92)	32.03	<i>p</i> = .85
HDHQ					
Extroverted	9.86 (3.52)	26.61	12.21 (3.38)	39.60	<i>p</i> = .005
SIS Inward	1.77 (1.92)	33.33	2.28 (3.08)	31.50	<i>p</i> = .69
SIS Outward	2.97 (2.25)	31.80	3.10 (2.21)	33.34	<i>p</i> = .74
MOCI (Total)	5.77 (4.81)	31.46	6.07 (4.12)	33.76	<i>p</i> = .62

Πίνακας 4.7.2: Vassos et al, 2007

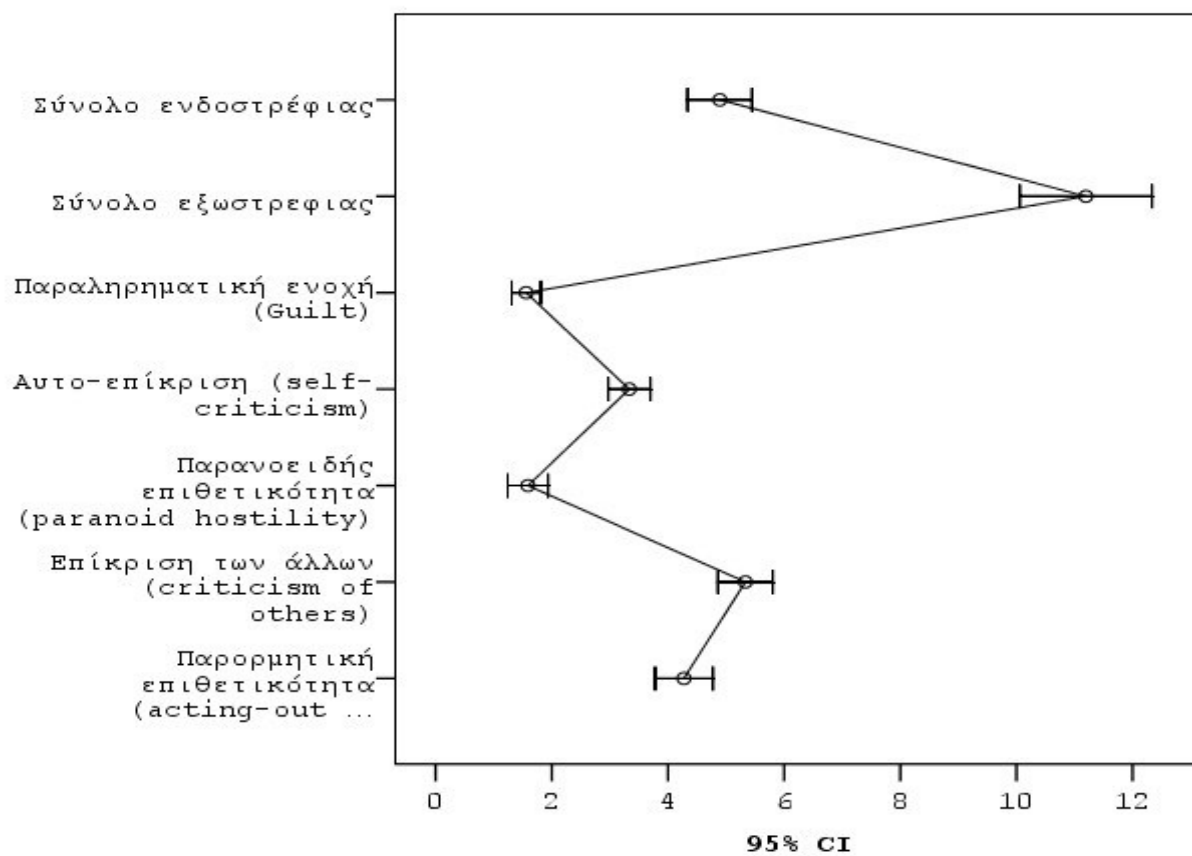


Table 3. A comparison of the HDHQ scores for the Australian sample with 3 other groups.

Series	N		AH	CO	PH	SC	G	H	D
Australian Sample	177	Mean	4.3	4.5	1.0	5.4	1.9	17.2	2.8
		S.D.	2.1	2.3	1.3	2.5	1.4	6.6	5.9
Women from non-violent broken marriages* ('separated controls')	30	Mean	4.6	5.3	2.4	6.1	2.9	21.2	2.8
		S.D.	2.3	2.5	2.4	2.3	1.9	8.8	5.0
		p.	N.S.	N.S.	<0.0001	N.S.	<0.01	<0.02	N.S.
Battered wives*	30	Mean	5.4	5.8	2.8	5.9	3.3	23.1	1.1
		S.D.	2.9	2.6	2.5	2.5	1.9	8.9	7.5
		p.	N.S.	N.S.	<0.0001	N.S.	<0.001	<0.01	N.S.
U.K. Series**	31	Mean	3.4	3.3	0.5	3.7	1.2	12.1	1.5
		S.D.	1.8	2.0	0.6	2.1	1.2	5.1	5.1
		p.	<0.05	<0.01	<0.05	<0.001	<0.01	<0.0001	N.S.

Notes:

1. Data throughout uncorrected for the effects of age and social class.
 2. p values were obtained by t-testing each of the other groups in turn against the Australian sample but *NOTE* that t-testing *except* for the U.K. series was carried out using means adjusted for the effects of age and social class, not the means given here which are uncorrected.
- * Price and Armstrong (1978).
- ** Caine, Foulds and Hope (1967).

TABLE I

Scores of surgical, medical and non-clinical teachers on hostility and direction of hostility questionnaire sub scales

Group		SC	G	AM	CO	PH	H	D
Surgical (n=21)	Mean	2.85	1.38	4	6.45	2.57	17.23	-5.93
	SD	1.56	1.36	1.61	2.36	1.83	6.15	3.95
Medical (n=14)	Mean	2.21	1.57	3.71	6.21	2.39	16.7	-6.43
	SD	1.21	1.17	1.75	1.89	2.02	5.93	12.7
Non-clinical (n=30)	Mean	4.37	2.13	3.87	5.87	3.33	18.4	-2.33
	SD	2.63	1.65	1.73	2.47	2.55	7.57	4.85
Comparison								
Med V/S Surg	t	0.576	1.505	0.195	0.83	0.327	0.221	0.330
Med V/S NC	t	3.087	1.102	0.392	-0.666	2.329	2.242	3.687
Surg V/S NC	t	1.450	2.092	-0.271	0.81	2.175	1.887	2.453

t = not significant (2 tailed); NC = non clinical

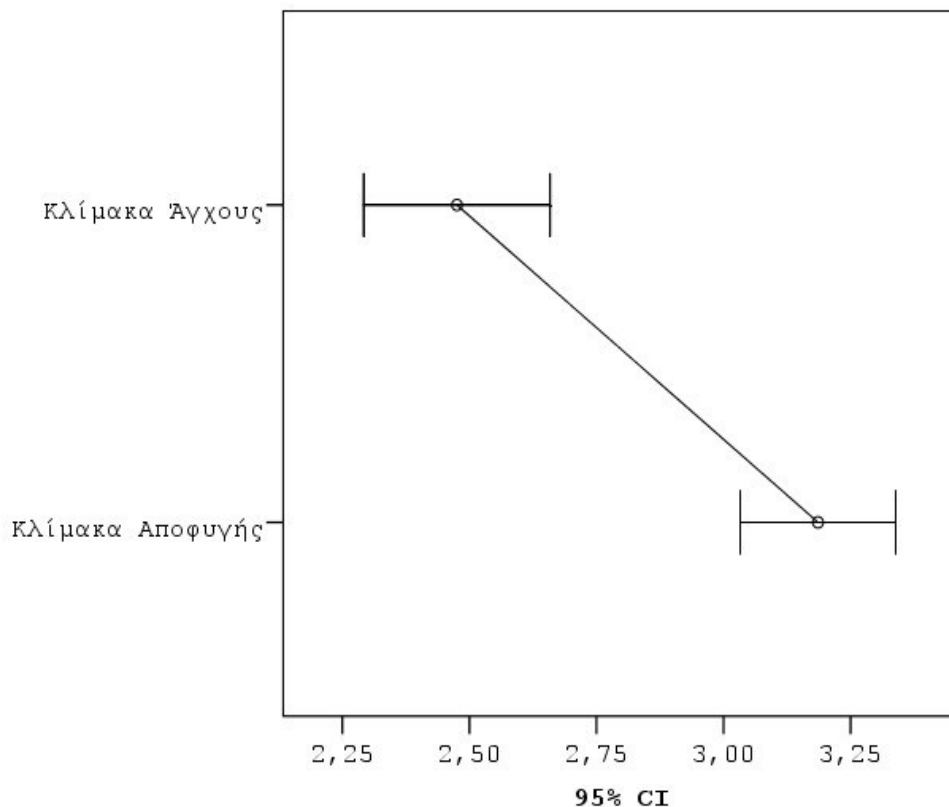
Πίνακες 4.7.3 Price et al (1980), Maj 2002

4.8 Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI)

(Brennan et al., 1998)

Στον πίνακα 4.8.1 αλλά και στο διάγραμμα 15, σελίδα 66, παρατίθενται οι μέσες τιμές των υποκλιμάκων της κλίμακας μέτρησης του φόβου.

Πίνακας 4.8.1 : Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις					
	Πλήθος	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση Τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Κλίμακα Αποφυγής	102	2,0	5,7	3,2	0,8
Κλίμακα άγχους	102	1,3	5,0	2,5	0,9



4.9 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου -Fear of pain questionnaire (FPQ-III; McNeil & Rainwater, 1998).

Στον πίνακα 4.9.1 αλλά και στο διάγραμμα 16, σελίδα 67, παρατίθενται οι μέσες τιμές των υποκλιμάκων της κλίμακας μέτρησης του φόβου.

Πίνακας 4.9.1 :Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου					
	Πλήθος	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση Τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Ελαφρύς πόνος (Minor Pain subscale)	102	0	18	8,3	5,2
Δριμύς πόνος (Severe Pain subscale)	102	2	35	20,0	8,8
Πόνος που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale)	102	1	21	11,2	6,1
Συνολικός πόνος (Total pain)	102	4	69	39,5	17,6

Συνολικός
(Total

πόνος
pain)

Πόνος που
προκαλείται από
ιατρικές παρεμβάσεις
(Medical Pain
subscale)

Δριμύς
Pain

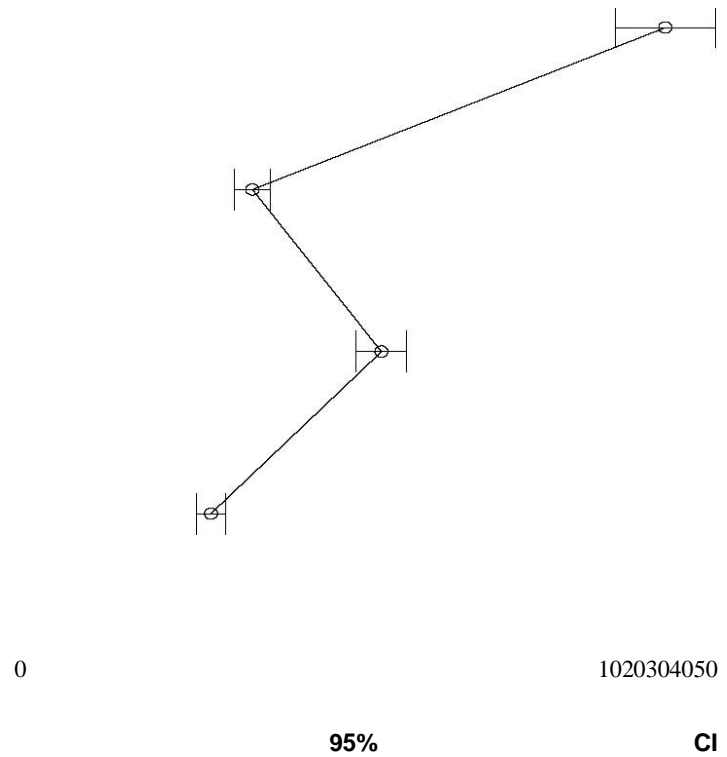
πόνος

(Severe
subscale)

Ελαφρύς
Pain

πόνος

(Minor
subscale)



Διάγραμμα 16: Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου Πίνακας 4.9.2: Ενδεικτικές τιμές της κλίμακας FPQ σε τρία διαφορετικά δείγματα (McNeil et al, 1998)

Table V. Nonadjusted Means (and Standard Deviations) for FPQ-III Subscales and Total Scale Scores by Sample and Gender

Scale	Sample								
	Undergraduates			Medical patients			Chronic pain patients		
	Males	Females	Both	Males	Females	Both	Males	Females	Both
Severe Pain	30.7 (8.7)	35.8 (8.0)	33.5 (8.7)	31.4 (10.4)	35.0 (11.3)	33.8 (11.0)	34.1 (7.1)	38.5 (7.3)	37.1 (7.4)
Minor Pain	17.5 (5.6)	19.1 (6.2)	18.4 (6.0)	16.5 (8.4)	21.1 (8.0)	19.6 (8.3)	16.8 (5.5)	20.3 (6.1)	19.2 (6.1)
Medical Pain	23.9 (7.6)	29.5 (8.4)	27.0 (8.5)	20.2 (8.5)	26.8 (9.0)	24.7 (9.3)	20.0 (5.3)	25.1 (6.2)	23.4 (6.3)
Total score	72.1 (18.0)	84.4 (18.1)	79.0 (19.0)	68.2 (24.7)	82.9 (24.2)	78.1 (25.1)	70.9 (15.2)	83.9 (15.2)	79.7 (16.2)

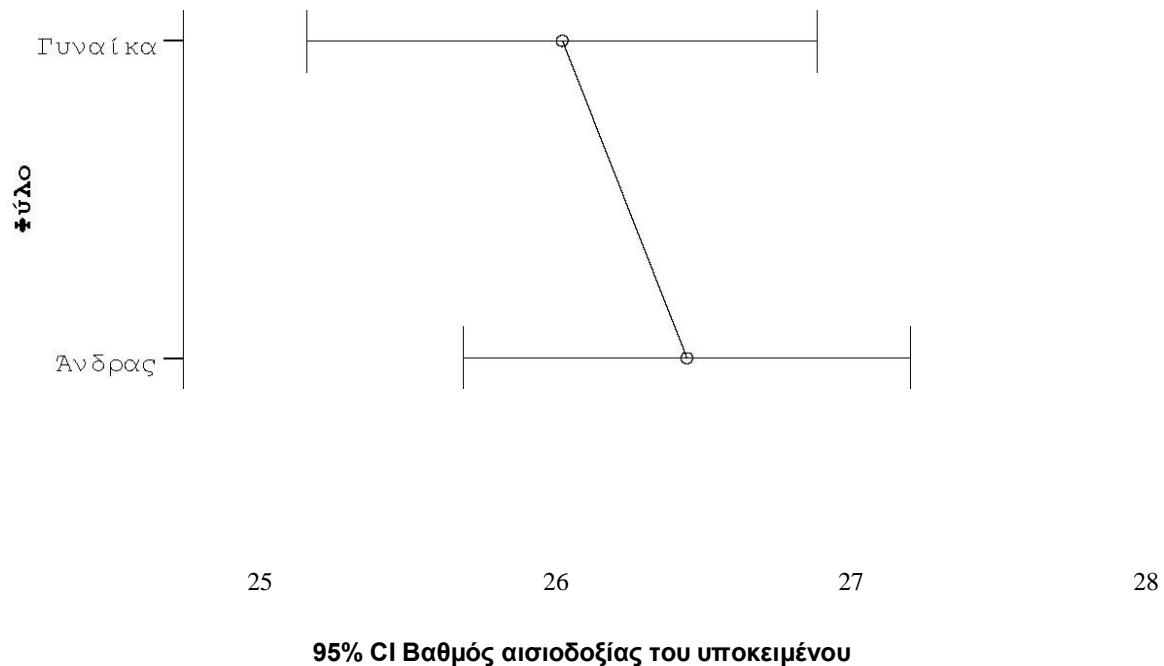
Note. For the undergraduates, $n = 660$ (293 males and 367 females); for the general medical outpatients, $n = 40$ (13 males and 27 females); and for the chronic pain patients, $n = 40$ (13 males and 27 females).

Είναι ιδιαίτερη η παρατήρηση πως οι μέσες τιμές των υποκλιμάκων που παρατηρήθηκαν στο δείγμα μας είναι σημαντικά μικρότερες από τις αντίστοιχες τιμές που έχουν παρατηρηθεί σε άλλες μελέτες. Ενδεικτικά, ο αναγνώστης μπορεί να παρατηρήσει τον πίνακα 4.9.2, σελίδα 68, και στον οποίο παρουσιάζονται οι μέσες τιμές για ένα δείγμα φοιτητών, ένα δείγμα ασθενών και ένα δείγμα ασθενών με χρόνιο πόνο.

4.10 Τεστ προσανατολισμού για την ζωή- Life

Orientation Test (LOT-R; Scheier et al. 1994)

Ο μέσος βαθμός αισιοδοξίας για το σύνολο των ερωτώμενων υπολογίσθηκε να είναι ίσος με 26,7 μονάδες με τυπική απόκλιση 3,9 μονάδες. Επιπλέον, οι γυναίκες ερωτώμενες έχουν μικρότερη μέση τιμή από τους άνδρες (26,5 μονάδες έναντι 27 των ανδρών). Η διαφοροποίηση μεταξύ των δύο φύλων εμφανίζεται παραστατικά στο διάγραμμα 17 που ακολουθεί.



Διάγραμμα 17: Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου μεταξύ ανδρών και γυναικών

4.11 Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας του Eysenck (Eysenck Personality Questionnaire)

Υπενθυμίζεται πως σύμφωνα με την εργασία (Δημητρίου κ.α., 1977) για την κλίμακα του Ψυχωτισμού η φυσιολογική διακύμανση είναι από 1 έως 5 ενώ βαθμολογίες μεγαλύτερες του 6 θεωρείται πως αντιστοιχούν σε υποκείμενα με πρόβλημα Ψυχωτισμού το οποίο γίνεται ισχυρότερο όσο μεγαλώνουν οι τιμές. Ανάλογα, για το Νευρωτισμό η βαθμολογία κρίνεται φυσιολογική όταν κυμαίνεται από 1 έως 11 ενώ από 12 και πάνω θεωρείται πως υπάρχει πρόβλημα νευρωτισμού το οποίο γίνεται ισχυρότερο όσο μεγαλώνουν οι τιμές. Για την κλίμακα Εξωστρέφειας βαθμολογία μεταξύ 1 έως 13 κρίνεται πως αντιστοιχεί σε εξωστρεφές υποκείμενο ενώ από 14 και πάνω κρίνεται πως αντιστοιχεί σε εσωστρεφές υποκείμενο. Για την υποκλίμακα Ψεύδους ή Προσποίησης αναγνωρίζεται πως μεγαλύτερες τιμές αντιστοιχούν σε μεγαλύτερη τάση προσποίησης.

Στον πίνακα 4.11.1 αλλά και στο διάγραμμα 18, σελίδα 70, παρουσιάζονται οι μέσες τιμές επί του συνόλου των ερωτώμενων.

Πίνακας 4.11.1.1 : Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας του Eysenck

	Πλήθος	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση Τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια	102	2	19	13,6	4,2
Νευρωτισμός	102	1	20	9,5	4,2
Ψυχωτισμός	102	1	21	5,0	4,0
Ψεύδος	102	2	19	8,6	3,6

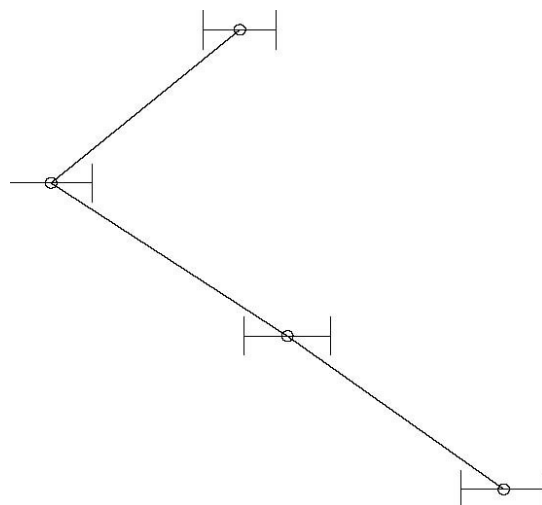
Ψ
ε
ύ
δ
ο
ς

Ψυχωτισμός

Νευρωτισμός

Εξωστρέφεια
Εσωστρέφεια
5,0 7,5 10,0 12,5 15,0

—



95%

CI

Διάγραμμα 18: Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας του Eysenck

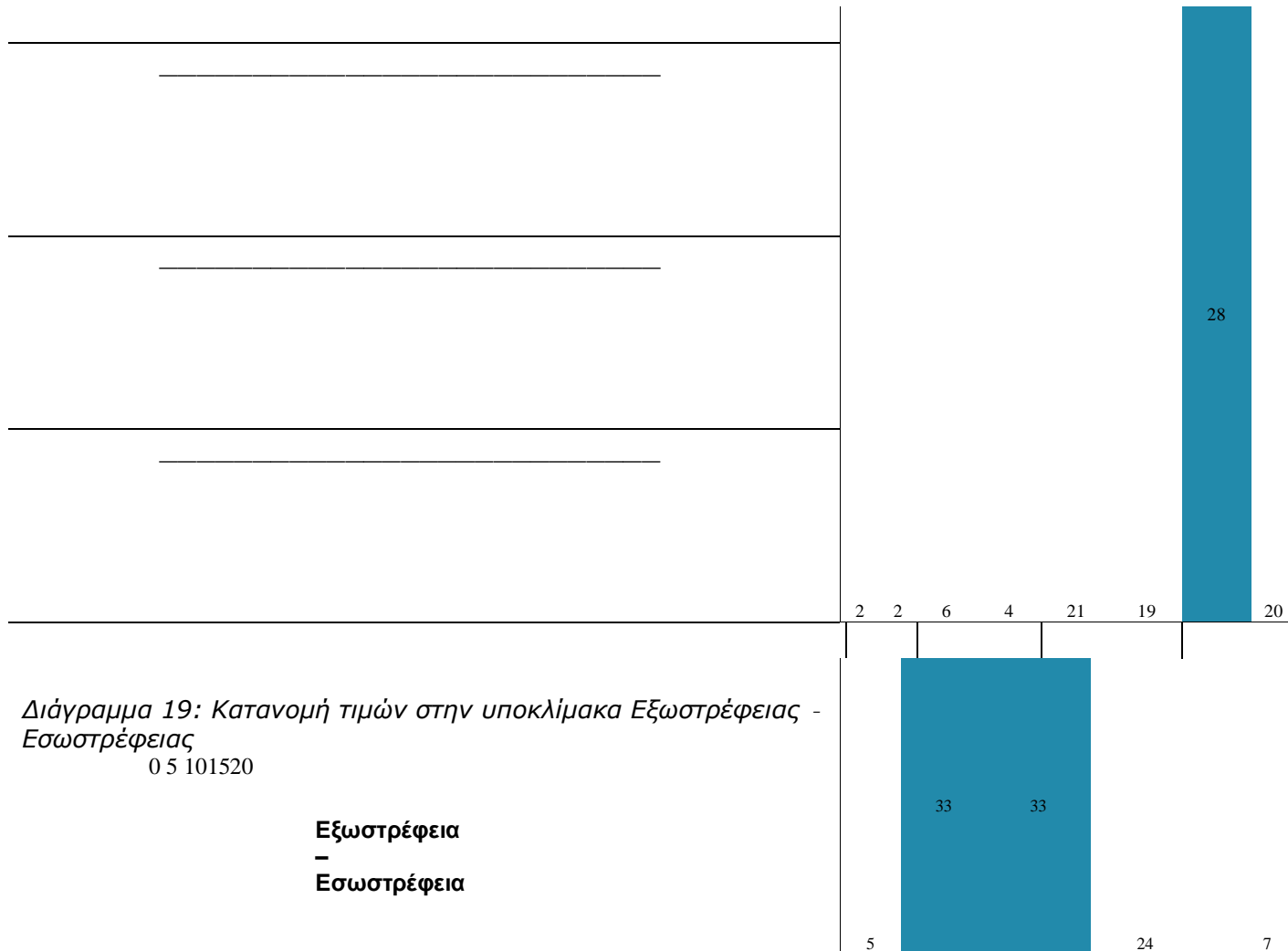
4.11.1 Κλίμακα Εξωστρέφειας – Εσωστρέφειας

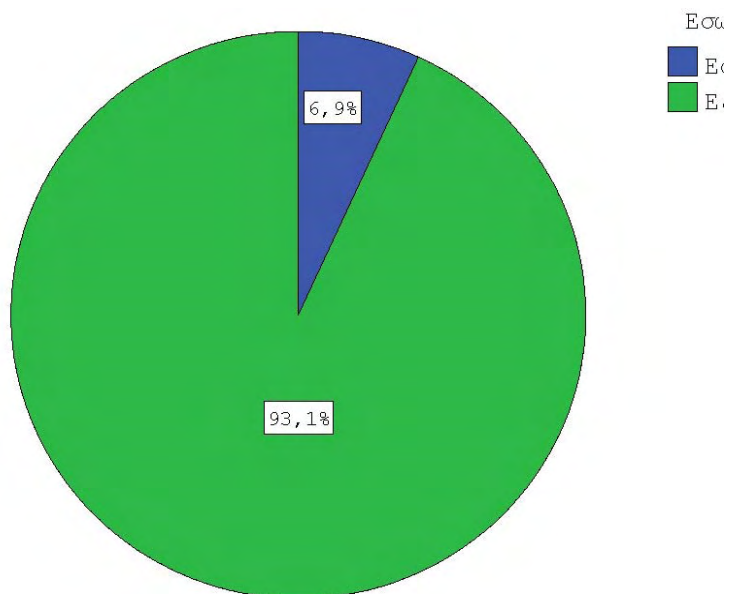
Βάσει των ορίων που ισχύουν για τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου Προσωπικότητας του Eysenck οι ερωτώμενοι χαρακτηρίστηκαν ως εξωστρεφείς ή εσωστρεφείς. Στο διάγραμμα 19, σελίδα 71 παρουσιάζεται η κατανομή των τιμών στην κλίμακα αυτή ενώ στο διάγραμμα 20, σελίδα 72, παρουσιάζεται η κατανομή των χαρακτηρισμών των ερωτώμενων στις δύο αυτές κατηγορίες. Σημειώνεται πως 7 από τους ερωτώμενους χαρακτηρίζονται ως εσωστρεφείς ενώ οι 95 από αυτούς χαρακτηρίζονται ως εξωστρεφείς.

Συχνότητα

30

20





Διάγραμμα 20: Χαρακτηρισμός Εξωστρέφεια - Εσωστρέφεια

Χαρακτηρισμός
Εξωστρέφεια -
Εσωστρέφεια

■ Εσωστρέφεια

■ Εξωστρέφεια

4.11.2 Κλίμακα Νευρωτισμού

Στο διάγραμμα 21 παρουσιάζεται η κατανομή των τιμών στην κλίμακα νευρωτισμού. Σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν σε προηγούμενη παράγραφο, το 30,4% (31 αποκρίσεις) των ερωτώμενων χαρακτηρίζεται ως άτομα με πρόβλημα νευρωτισμού. (Διάγραμμα 22).

Συχνότητα

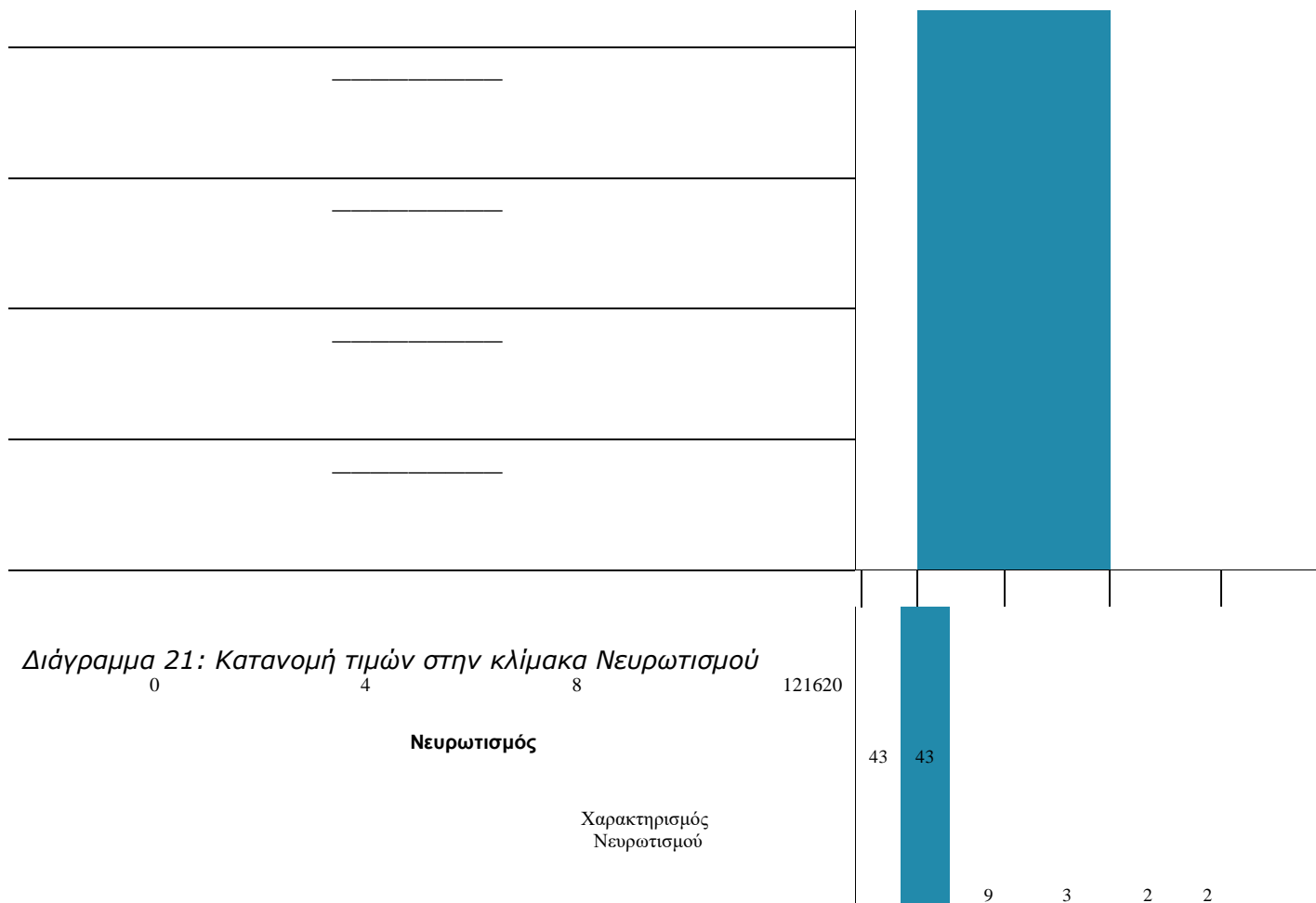
40

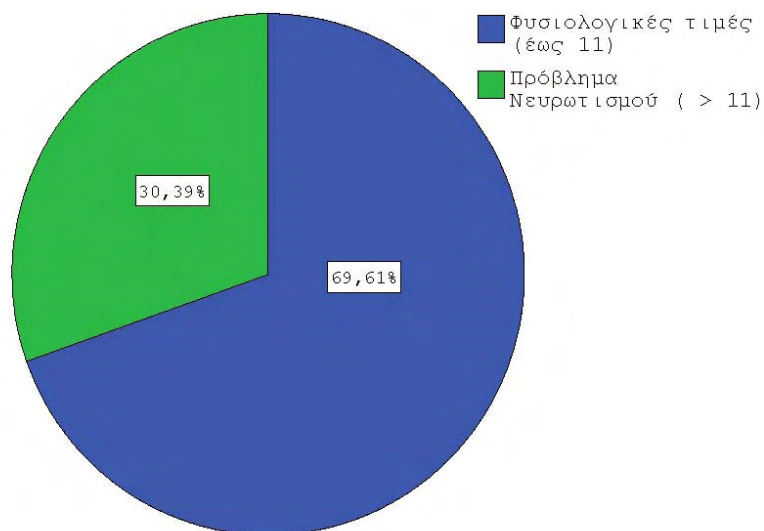
30

20

10

0





Διάγραμμα 22: Χαρακτηρισμός Νευρωτισμού

4.11.3 Κλίμακα Ψυχωτισμού

Στο διάγραμμα 23 παρουσιάζεται η κατανομή των τιμών στην κλίμακα ψυχωτισμού. Σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν σε προηγούμενη παράγραφο, το 27,5% των ερωτώμενων (28 αποκρίσεις) χαρακτηρίζεται ως άτομα με πρόβλημα ψυχωτισμού. (Διάγραμμα 24).

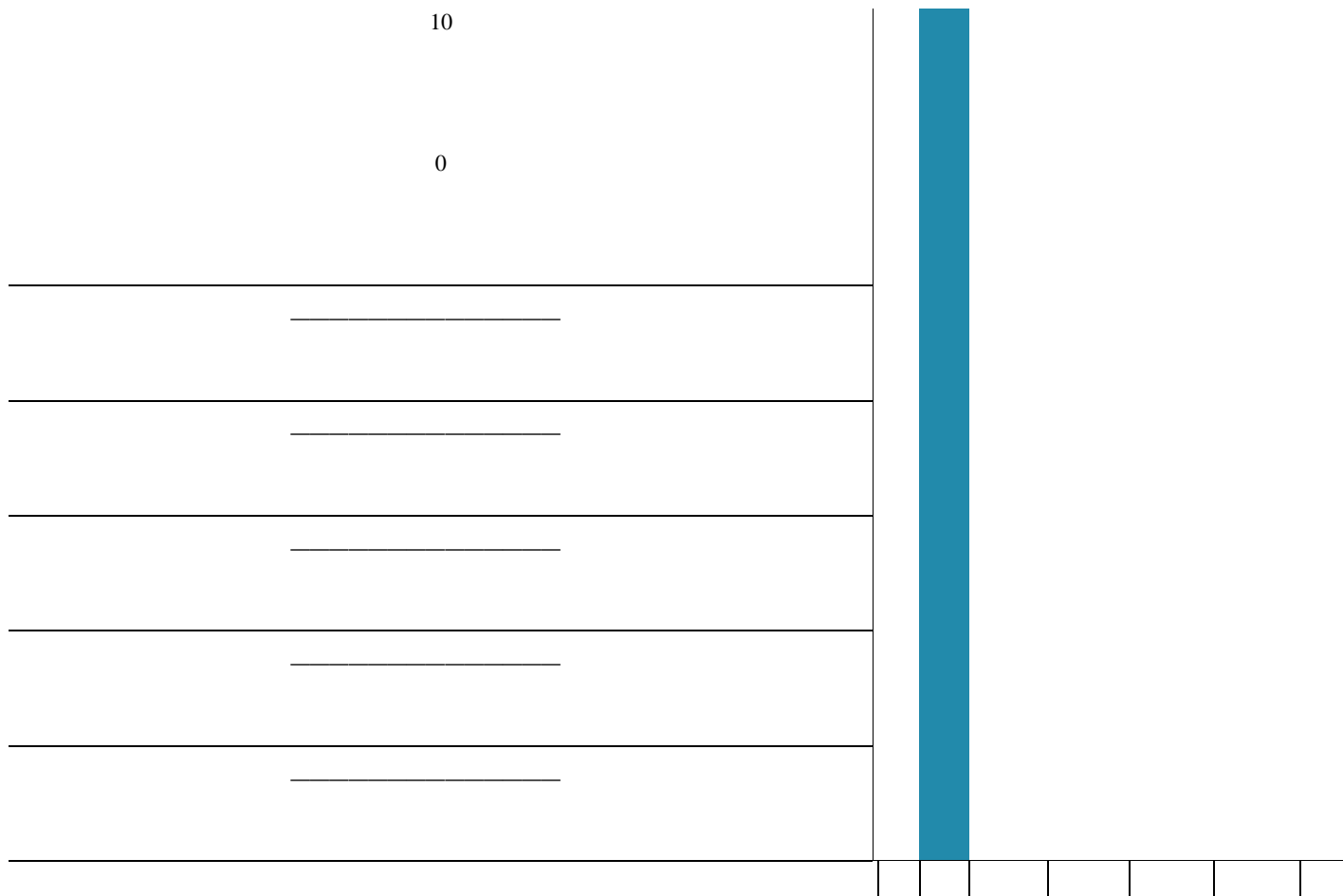
Συχνότητα

50

40

30

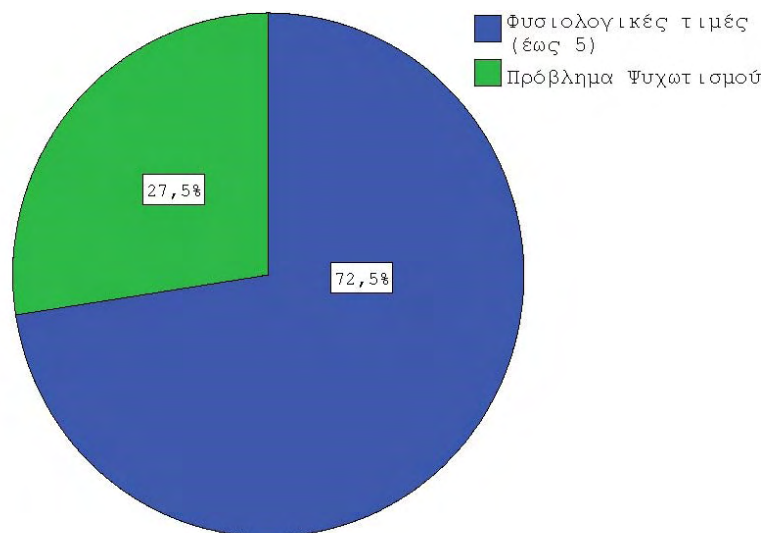
20



Διάγραμμα 23: Κατανομή τιμών Ψυχωτισμού

Ψυχωτισμός

Χαρακτηρισμός
Ψυχωτισμού



Λιάνραμια 24: Χαρακτηρισμός τιμών κλίμακας Ψυχωτισμού

4.11.4 Συσχέτιση μεταξύ Ψυχωτισμού και Νευρωτισμού

Αναμενόμενα υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ανίχνευσης προβλήματος Νευρωτισμού (Χ², p = 0,002). Ειδικότερα, η απόδοση του ενός από τους χαρακτηρισμούς σε έναν ερωτώμενου απόδοση και του άλλου χαρακτηρισμού στον ίδιο ερωτώμενο. Στον πίνακα 4.11.2 που ακολουθεί παρατηρούμενες και οι αναμενόμενες συχνότητες για κάθε μία από τις πιθανές περιπτώσεις.

Πίνακας 4.11.2: Συσχέτιση Νευρωτισμού και Ψυχωτισμού

		Χαρακτηρισμός	
		Φυσιολογικές τιμές (έως 5)	
Χαρακτηρισμός Νευρωτισμού	Φυσιολογικές τιμές (έως 5)	Αναμενόμενη Συχνότητα	Πρόβλημα Ψυχωτισμού
	Πρόβλημα Ψυχωτισμού	Αναμενόμενη Συχνότητα	Πρόβλημα Ψυχωτισμού

Σύνολο

4.11.5 Συσχέτιση μεταξύ Ψυχωτισμού – Νευρωτισμού και Εσωστρέφειας – Εξωστρέφειας

Πίνακας 4.11.3: Συσχέτιση Νευρωτισμού και Εσωστρέφειας

		Χαρακτηρισμός Εξωστρέφεια -Εσωστρέφεια		
Εσωστρέφεια	Εξωστρέφεια	Σύνολο		
		(>13) (έως 13)		
Χαρακτηρισμός Φυσιολογικές Συχνότητα		0	74	74
Ψυχωτισμού τιμές (έως 5)		Αναμενόμενη		
5,1				
		68,9 74,0		
Πρόβλημα	Ψυχωτισμού	Συχνότητα		
		Συχνότητα	7	21 28
	Αναμενόμενη Συχνότητα	1,9	26,1	28,0
Σύνολο		7	95	102

Ενδιαφέρον κρίνεται το γεγονός πως το σύνολο των 7 ερωτώμενων οι οποίοι χαρακτηρίστηκαν ως άτομα με πρόβλημα Ψυχωτισμού χαρακτηρίζονται στο σύνολο τους επιπλέον ως εσωστρεφείς. Το γεγονός αυτό φυσιολογικά παράγει στατιστική σημαντικότητα στη σχέση εσωστρέφειας και ψυχωτισμού (δοκιμασία χ^2 , $p < 0,001$) και καταγράφεται στα ενδιαφέροντα αποτελέσματα της παρούσης εργασίας

Αναφέρουμε πως αν και ο Ψυχωτισμός συσχετίζεται με το Νευρωτισμό, δεν προκύπτει ανάλογη σχέση του Νευρωτισμού με την Εσωστρέφεια (Δοκιμασία χ^2 , $p = 0,458$)

4.12 Συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων

Στον πίνακα 4.12.1 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης Pearson μεταξύ μίας αντιπροσωπευτικής ομάδας από το σύνολο των κλιμάκων και υποκλιμάκων που μελετήθηκαν στην παρούσα εργασία.

Ειδικότερα στον παρακάτω πίνακα συμμετέχουν οι κλίμακες :

1. 1. Κλίμακα Αλτρουισμού -Γενικό Σύνολο (ALT) (q1)
2. 2. Κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας (NPI) (q2)
3. 3. Συνολική βαθμολογία (OAS) (q3)
4. 4. Συνολική ντροπή (ESS) (q4)
5. 5. Ψυχωτισμό (SCL -90) (q5)
6. 6. Γενικό σύνολο (HDHQ) (q6)
7. 7. Κλίμακα Αποφυγής (ECRI) (q7)
8. 8. Κλίμακα Άγχους (ECRI) (q8)
9. 9. Συνολικός πόνος (FPQ) (q9)
10. 10. Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου (q10)
11. 11. Νευρωτισμός (EPQ) (q11)
12. 12. Ψυχωτισμός (EPQ) (q12)

Πίνακας 4.12.1: Συσχετίσεις μεταξύ επιλεγμένων υποκλιμάκων.										
	q1	q2	q3	q4	q5	q6	q7	q8	q9	q10
q2	-,039	1								
q3	,169	,040	1							
q4	-,009	,211	,153	1						
q5	,165	,141	,353	,178	1					
q6	,158	,061	,494	,028	,499	1				
q7	,245	,157	,385	-,032	,589	,516	1			
q8	-,021	,257	,160	,460	,218	,133	,299	1		
q9	,002	,118	-,088	,520	,060	-,157	-,023	,225		
q10	,015	-,139	-,190	-,180	-,181	-,047	-,003	-,227	-,142	1
q11	-,049	,066	,136	,467	,446	,258	,299	,474	,369	-,403
q12	,160	-,089	,462	-,244	,567	,592	,518	-,097	-,440	,086

Από τις συσχετίσεις ξεχωρίζουν :

1. 1. Η θετική γραμμική συσχέτιση του γενικού συνόλου του HDHQ και του

Ψυχωτισμού (EPQ) ($r = 0,592$)

2. 2. Η θετική γραμμική συσχέτιση του Ψυχωτισμού (SCL -90) και της Κλίμακας Αποφυγής (ECRI) ($r = 0,589$)

3. 3. Η θετική γραμμική συσχέτιση του Ψυχωτισμού (SCL -90) και του Ψυχωτισμού (EPQ) ($r = 0,567$)

4. 4. Η αρνητική γραμμική συσχέτιση του Ψυχωτισμού (EPQ) και του Συνολικού πόνου (FPQ) ($r = -0,440$)

Καμία από τις συσχετίσεις δεν κρίνεται ιδιαίτερα ισχυρή όπως αυτό συνήθως ορίζεται στη βιβλιογραφία (απόλυτη τιμή μεγαλύτερη από το 0,7) γεγονός που τοποθετεί σε διακριτούς ρόλους τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν. Επιπλέον, οι συσχετίσεις που παρουσιάζονται με τους ισχυρότερους δείκτες κρίνονται αναμενόμενες.

Κεφάλαιο 5 Στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιάσουμε τα στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα της εργασίας μας.

5.1 Διαφοροποιήσεις μεταξύ Γενικών Ιατρών και Γενικών Παθολόγων

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις τιμές των κλιμάκων μεταξύ των 52 Γενικών Ιατρών και των 50 Παθολόγων που συμμετείχαν στην έρευνά μας. Χρησιμοποιούμε τον έλεγχο Student (T – Test) για δύο ανεξάρτητα δείγματα για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς μεταξύ των υποομάδων. Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις εικοσιεπτά κλίμακες και υποκλίμακες είναι

Στατιστική Υπόθεση : Η μέση τιμή της κλίμακας δεν διαφέρει μεταξύ των δύο ειδικοτήτων.

Η απόρριψη της στατιστικής υπόθεσης κρίνεται από την τιμή του στατιστικού p το οποίο παρουσιάζεται σε ξεχωριστή στήλη. Ως όριο για την αποδοχή ή απόρριψη μίας στατιστικής υπόθεσης τέθηκε ο αριθμός 0,05.

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής του T – Test δίνει τον πίνακα 5.1.1, σελίδα 78. Με κίτρινο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν $p < 0,05$.

Πίνακας 5.1.1: Διαφοροποιήσεις μεταξύ Γενικών Ιατρών και Γενικών Παθολόγων					
	Ειδικότητα		T-Test		
	Γενικός Ιατρός	Γενικός Παθολόγος	t	df	p
Κλίμακα Αλτρουισμού -Γενικό Σύνολο	24,1	24,2	-,164	100	,870
Κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας	47,7	45,9	2,894	100	,005
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale-OAS)					
Συνολική βαθμολογία	17,2	19,1	-1,136	100	,259
Αίσθημα κατωτερότητας	6,4	7,0	-,814	100	,417
Αίσθημα κενού (empty)	3,5	2,5	2,130	100	,036
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes)	6,4	8,2	-2,314	100	,023

Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS)					
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	23,7	19,2	3,620	100	,000
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	21,7	17,5	3,522	100	,001
Σωματική ντροπή (bodily shame)	7,1	5,6	3,074	100	,003
Συνολική ντροπή	52,4	42,3	3,851	100	,000
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90)					
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	50,5	52,3	-,208	100	,835
Σωματοποίηση	5,6	7,8	-1,506	100	,135
Ιδεοψυχαναγκασμός	9,5	7,6	1,668	100	,099
Διαπροσωπική ευαισθησία	6,7	5,7	,943	100	,348
Κατάθλιψη	8,2	7,2	,757	100	,451
Άγχος	3,3	5,6	-2,222	100	,029
Επιθετικότητα	2,4	3,4	-1,159	100	,249
Φοβικό άγχος	1,5	3,3	-2,138	100	,035
Παρανοειδή ιδεασμό	4,7	4,1	,734	100	,464
Ψυχωτισμό	4,2	3,9	,428	100	0.67

Διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.)	4,4	3,8	,923	100	,358
Άθροισμα όλων των δεικτών	46,1	48,5	-,294	100	,770
Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ)					
Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility)	4,2	4,4	-,411	100	,682
Επίκριση των άλλων (criticism of others)	5,9	4,7	2,681	100	,009
Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility)	1,7	1,4	,828	100	,410
Αυτο-επίκριση (self-criticism)	4,1	2,6	4,529	100	,000
Παραληρηματική ενοχή (Guilt)	1,9	1,2	2,705	100	,008
Σύνολο εξωστρέφειας	11,8	10,5	1,158	100	,250
Σύνολο ενδοστρέφειας	6,0	3,8	4,204	100	,000
Γενικό σύνολο	17,8	14,3	2,447	100	,016
Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI)					
Κλίμακα Αποφυγής	3,2	3,1	,679	100	,499

Κλίμακα Άγχους	3,0	1,9	6,933	100	,000
Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III)					
Ελαφρύς πόνος (Minor Pain subscale)	8,5	8,2	,255	100	,799
Δριμύς πόνος (Severe Pain subscale)	22,0	18,0	2,363	100	,020
Πόνος που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale)	11,0	11,3	-,263	100	,793
Συνολικός πόνος (Total pain)	41,5	37,5	1,141	100	,257
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή - Life Orientation Test (LOT-R)					
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	26,7	26,8	-,165	100	,869
Στάση απέναντι στη ζωή					
Η στάση μου απέναντι στη ζωή είναι. .	7,40	7,82	-1,525	100	,130
Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας του Eysenck (Eysenck Personality Questionnaire)					
Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια	13,7	13,5	,160	100	,873
Νευρωτισμός	10,7	8,2	3,166	100	,002

Ψυχωτισμός	3,9	6,0	-2,710	100	,008
Ψεύδος	9,2	7,9	1,860	100	,066

Παρατηρούμε πως οι Γενικοί Ιατροί εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους Γενικούς Παθολόγους στις κλίμακες :

1. 1. Ναρκισσιστική προσωπικότητα
2. 2. Αίσθημα κενού (empty) (υποκλίμακα OAS)
3. 3. Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame) (ESS)
4. 4. Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame) (ESS)
5. 5. Σωματική ντροπή (bodily shame) (ESS)
6. 6. Συνολική ντροπή (ESS)
7. 7. Επίκριση των άλλων (criticism of others) (HDHQ)
8. 8. Αυτο-επίκριση (self-criticism) (HDHQ)
9. 9. Παραληρηματική ενοχή (Guilt) (HDHQ)
10. 10. Σύνολο ενδοστρέφειας (HDHQ)
11. 11. Γενικό σύνολο (HDHQ)
12. 12. Κλίμακα Άγχους (ECRI)
13. 13. Δριμύς πόνος (Severe Pain subscale) (FPQ – III)
14. 14. Νευρωτισμός (EPQ)

Αντίθετα οι Γενικοί Παθολόγοι εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους Γενικούς Ιατρούς στις κλίμακες :

1. 1. Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes) (OAS)
2. 2. Άγχος (SCL – 90)
3. 3. Φοβικό άγχος (SCL – 90)
4. 4. Ψυχωτισμός (EPQ)

5.2 Συσχετίσεις ειδικότητας και άλλων ποιοτικών μεταβλητών

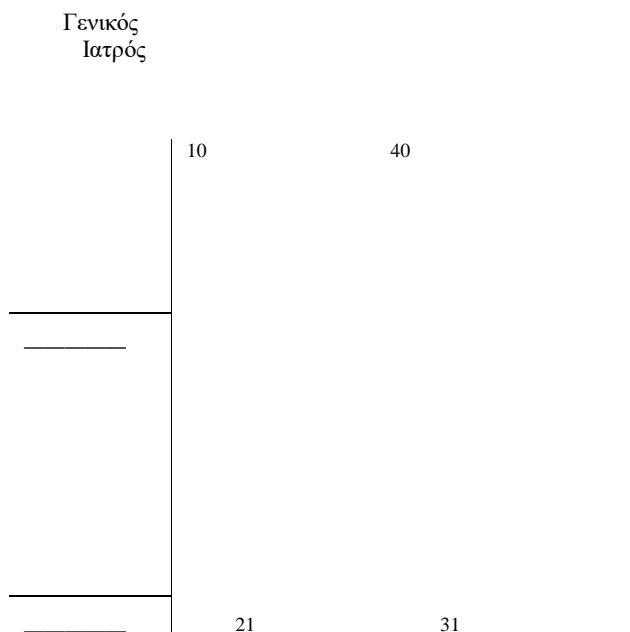
5.2.1 Συσχέτιση Ειδικότητας και Νευρωτισμού

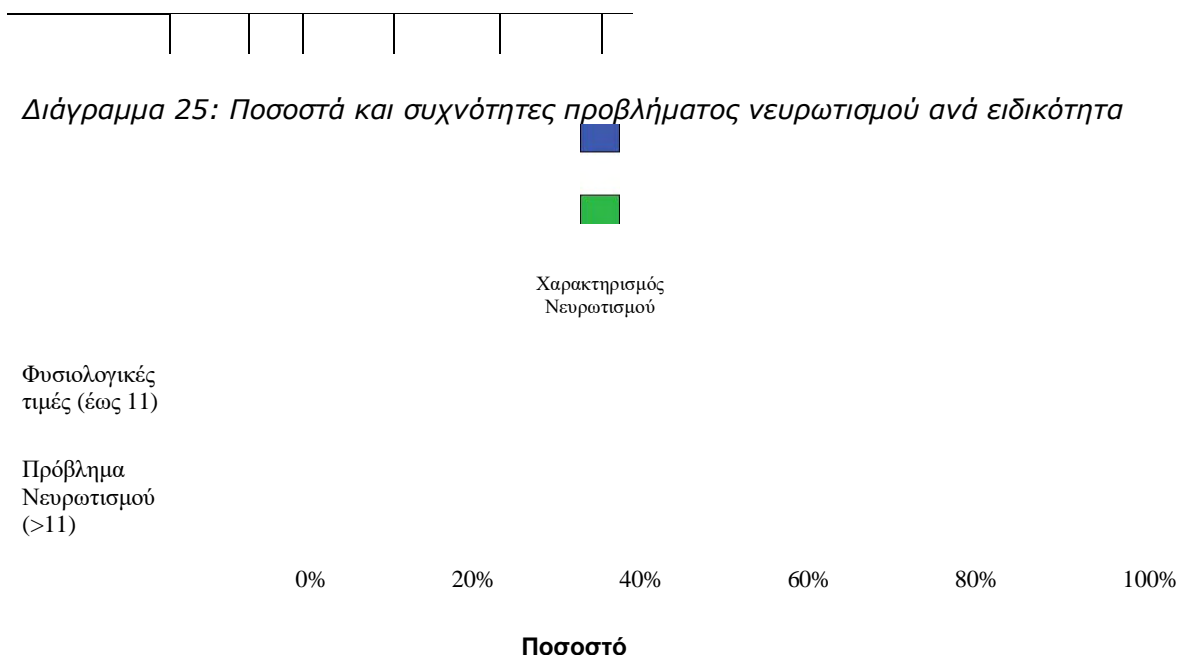
Η παρατήρηση πως οι Γενικοί Ιατροί εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή στην κλίμακα Νευρωτισμού από ότι οι Γενικοί Παθολόγοι αναμενόμενα εμφανίζεται στη συσχέτιση μεταξύ ειδικότητας και ανίχνευσης προβλήματος Νευρωτισμού (δοκιμασία χ^2 , $p = 0,025$). Ειδικότερα, η απόκλιση από τις αναμενόμενες τιμές εμφανίζεται στον παρακάτω πίνακα, ενώ οι ποσοστιαίες διαφοροποιήσεις εμφανίζονται

παραστατικά στο διάγραμμα 25, σελίδα 82.

Πίνακας 5.2.1: Συσχέτιση Ειδικότητας και Νευρωτισμού

			Ειδικότητα		
			Γενικός Ιατρός	Παθολόγος	Σύνολο
Φυσιολογικές Χαρακτηρισμός Νευρωτισμού	τιμές (έως 11)	Συχνότητα	31	40	71
		Αναμενόμενη Συχνότητα	36,2	34,8	71,0
	Πρόβλημα Νευρωτισμού (> 11)	Συχνότητα	21	10	31
		Αναμενόμενη Συχνότητα	15,8	15,2	31,0
Σύνολο		Συχνότητα	52	50	102
Ειδικότητα			Παθολόγος		





5.2.2 Συσχέτιση Ειδικότητας και Εσωστρέφειας

Είναι εντυπωσιακό το γεγονός πως το σύνολο των 7 ερωτώμενων που χαρακτηρίστηκαν ως εσωστρεφείς ανήκουν στην ειδικότητα της Γενικής Παθολογίας. Περισσότερο αναλυτικά, οι συχνότητες και οι αναμενόμενες συχνότητες παρουσιάζονται στον επόμενο πίνακα.

Πίνακας 5.2.2: Συσχέτιση Ειδικότητας και Εσωστρέφειας

			Ειδικότητα		
			Γενικός Ιατρός	Παθολόγος	Σύνολο
Χαρακτηρισμός	Εσωστρέφεια	Συχνότητα	0	7	7
	(> 13)	Αναμενόμενη Συχνότητα	3,6	3,4	7,0
	Εξωστρέφεια - Εσωστρέφεια	Συχνότητα	52	43	95
	Εξωστρέφεια (έως 13)	Αναμενόμενη Συχνότητα	48,4	46,6	95,0
	Σύνολο	Συχνότητα	52	50	102

5.2.3 Συμπερασματικά

Περαιτέρω, βρέθηκε πως επτά από τους ερωτώμενους οι οποίοι ανήκουν στην ειδικότητα της Γενικής Παθολογίας είναι εσωστρεφείς ενώ επιπλέον χαρακτηρίζονται ως άτομα με πρόβλημα Νευρωτισμού (4.11.5) Το γεγονός αυτό αναπόφευκτα εμφανίζει ως στατιστικά συσχετισμένα τα χαρακτηριστικά αυτά, ωστόσο καθώς δεν υπάρχει προηγούμενη αναφορά σε συσχέτιση ειδικότητας και τέτοιων χαρακτηριστικών θεωρείται πως το παραπάνω γεγονός οφείλεται στο τυχαίο σφάλμα της δειγματοληψίας και δεν αποδίδεται σε κάποια αιτιακή σχέση.

Περαιτέρω σημειώνεται η έλλειψη στατιστικής συσχέτισης στην κλίμακα του αλτρουισμού ενώ ενδιαφέρουσα κρίνεται η παρατήρηση πως οι Γενικοί Ιατροί εμφανίζουν μεγαλύτερη μέση τιμή στην κλίμακα της Ναρκισσιστικής Προσωπικότητας από ότι οι Γενικοί Παθολόγοι, διαφοροποίηση που αρμόζει να μελετηθεί περαιτέρω σε μελλοντική έρευνα.

Τέλος, οι διαφοροποιήσεις που εμφανίζονται (5.1) χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης.

5.3 Διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο φύλων

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις τιμές των κλιμάκων μεταξύ των 45 ανδρών και των 57 γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνά μας. Χρησιμοποιούμε τον έλεγχο Student (T – Test) για δύο ανεξάρτητα δείγματα για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς μεταξύ των υποομάδων. Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις εικοσιεπτά κλίμακες και υποκλίμακες είναι

Στατιστική Υπόθεση : Η μέση τιμή της κλίμακας δεν διαφέρει μεταξύ των δύο φύλων.

Η απόρριψη της στατιστικής υπόθεσης κρίνεται από την τιμή του στατιστικού p το οποίο παρουσιάζεται σε ξεχωριστή στήλη. Ως όριο για την αποδοχή ή απόρριψη μίας στατιστικής υπόθεσης τέθηκε ο αριθμός 0,05.

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής του T – Test δίνει τον πίνακα 5.3.1. Με κίτρινο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν $p < 0,05$.

Πίνακας 5.3.1: Διαφοροποιήσεις μεταξύ Ανδρών και Γυναικών					
	Φύλο		T - Test		
	Άνδρας	Γυναίκα	t	df	p
Κλίμακα Αλτρουισμού -Γενικό Σύνολο	24,8	23,6	1,926	100	,057
Κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας	46,6	47,0	-,604	100	,547
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale-OAS)					
Συνολική βαθμολογία	18,3	18,0	,210	100	,834
Αίσθημα κατωτερότητας	7,1	6,5	,803	100	,424
Αίσθημα κενού (empty)	2,8	3,2	1,045	100	,299
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes)	7,2	7,3	-,051	100	,959
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS)					
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	20,5	22,2	1,311	100	,193
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	7,9	7,4	2,030	100	,045
Σωματική ντροπή (bodily shame)	24,8	23,6	1,186	100	,238
Συνολική ντροπή	46,6	47,0	1,731	100	,087
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90)					
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	18,3	18,0	,169	100	,866
Σωματοποίηση	7,1	6,5	,067	100	,947
Ιδεοψυχαναγκασμός	2,8	3,2	1,095	100	,276
Διαπροσωπική ευαισθησία	7,2	7,3	,608	100	,545
Κατάθλιψη	20,5	22,2	-,660	100	,511
Άγχος	18,2	20,8	-,690	100	,492
Επιθετικότητα	6,0	6,6	-,060	100	,952
Φοβικό άγχος	44,8	49,6	,629	100	,531
Παρανοειδή ιδεασμό	52,2	50,7	,521	100	,604

Ψυχωτισμό	6,7	6,6	,244	100	,808
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.)	9,2	8,0	,069	100	,945
Άθροισμα όλων των δεικτών	6,6	5,9	,173	100	,863

Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ)					
Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility)	2,8	2,9	1,398	100	,165
Επίκριση των άλλων (criticism of others)	2,7	2,1	2,191	100	,031
Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility)	4,6	4,2	1,534	100	,128
Αυτο-επίκριση (self-criticism)	4,2	4,0	-,646	100	,520
Παραληρηματική ενοχή (Guilt)	4,1	4,1	-,489	100	,626
Σύνολο εξωστρεφείας	48,1	46,6	1,998	100	,048
Σύνολο ενδοστρέφειας	4,7	5,1	-,643	100	,522
Γενικό σύνολο	17,2	15,2	1,296	100	,198
Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI)					
Κλίμακα Αποφυγής	3,3	3,1	,918	100	,361
Κλίμακα Άγχους	2,3	2,7	-2,194	100	,031
Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου -Fear of pain questionnaire (FPQ-III)					
Ελαφρύς πόνος (Minor Pain subscale)	7,6	8,9	-1,359	100	,177
Δριμύς πόνος (Severe Pain subscale)	19,6	20,4	-,467	100	,641
Πόνος που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale)	9,9	12,2	-1,944	100	,055
Συνολικός πόνος (Total pain)	37,0	41,6	-1,302	100	,196
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή - Life Orientation Test (LOT-R)					
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	27,0	26,5	,715	100	,476
Στάση απέναντι στη ζωή					
Η στάση μου απέναντι στη ζωή είναι. .	7,9	7,4	1,840	100	,069
Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας του Eysenck (Eysenck Personality Questionnaire)					
Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια	14,4	13,0	1,667	100	,099

Νευρωτισμός	8,1	10,6	-3,062	100	,003
Ψυχωτισμός	5,8	4,3	1,813	100	,073
Ψεύδος	7,3	9,6	-3,370	100	,001

Παρατηρούμε πως οι Άνδρες εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τις Γυναίκες στις κλίμακες :

1. 15. Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame) (ESS)
2. 16. Επίκριση των άλλων (criticism of others) (HDHQ)
3. 17. Σύνολο εξωστρεφείας (HDHQ)

Αντίθετα οι Γυναίκες εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους Άνδρες στις κλίμακες :

1. 1. Κλίμακα Άγχους (ECRI)
2. 2. Νευρωτισμός (EPQ)
3. 3. Ψεύδος (EPQ)

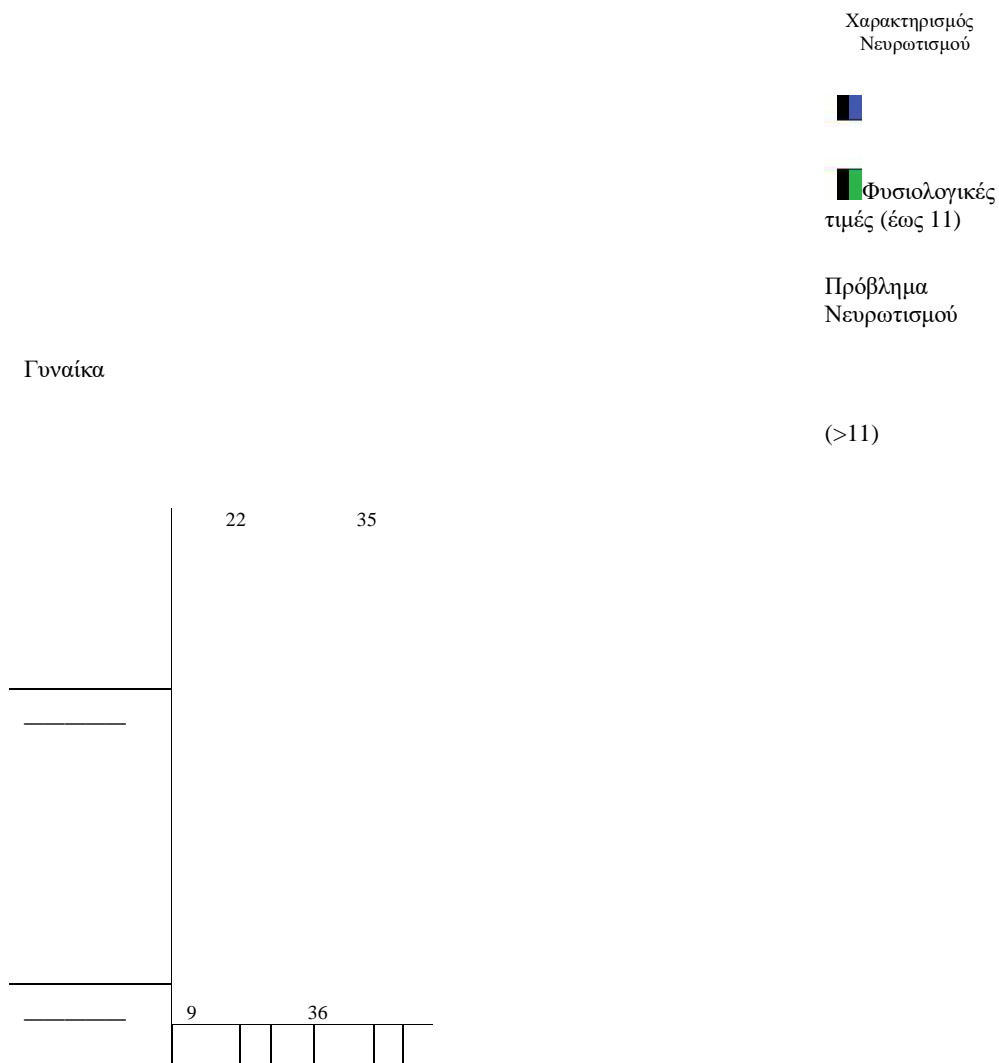
5.4 Συσχέτιση Φύλου και Νευρωτισμού

Οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να έχουν πρόβλημα νευρωτισμού όπως αυτό ορίζεται από την αντίστοιχη υποκλίμακα του ερωτηματολογίου EPQ. (δοκιμασία χ^2 , $p = 0,043$). Ειδικότερα, η απόκλιση από τις αναμενόμενες τιμές εμφανίζεται στον παρακάτω πίνακα, ενώ οι ποσοστιαίες διαφοροποιήσεις εμφανίζονται παραστατικά στο διάγραμμα 26, σελίδα 87.

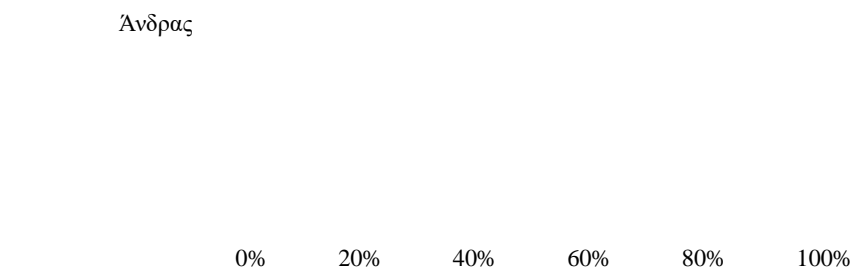
Πίνακας 5.4.1: Συσχέτιση Φύλου και Νευρωτισμού

		Φύλο		
		Άνδρας	Γυναίκα	Σύνολο
Χαρακτηρισμός	Φυσιολογικές τιμές (έως 11)	Συχνότητα 36	35	71
	Αναμενόμενη Συχνότητα	31,3	39,7	71,0

Νευρωτισμού	Πρόβλημα Νευρωτισμού (> 11)	Συχνότητα Αναμενόμενη Συχνότητα	9 13,7	22 17,3	31 31,0
Σύνολο		Συχνότητα	45	57	102



Διάγραμμα 26: Ποσοστά και συχνότητες προβλήματος νευρωτισμού ανά φύλο



5.5 Παράγοντες συσχετιζόμενοι με το Νευρωτισμό

Όπως παρατηρήθηκε στην προηγούμενη παράγραφο, το φύλο σχετίζεται με την εμφάνιση Νευρωτισμού με τις γυναίκες να είναι περισσότερο πιθανό να χαρακτηριστούν νευρωτικές από ότι οι άντρες συνάδελφοι τους.

Περαιτέρω, όπως παρατηρήθηκε στην παράγραφο 3.3, (πίνακας 3.3.7, σελίδα 40), υπάρχει σαφής συσχέτιση της ειδικότητας της Παθολογίας και της θεώρησης της ίδιας ειδικότητας ως η δυσκολότερη από όλες τις υπόλοιπες. Επιπλέον, όπως παρουσιάστηκε στην παράγραφο 5.2.1, σελίδα 81, οι Γενικοί Ιατροί εμφανίζονται με μεγαλύτερη πιθανότητα από τους Παθολόγους να αποκτήσουν τον χαρακτηρισμό του Νευρωτικού. Προς την ίδια κατεύθυνση εγγράφεται η παρατήρηση πως η αναγνώριση ενός ερωτώμενου ως νευρωτικού συνδέεται με μεγαλύτερη πιθανότητα να μη θεωρεί ο ερωτώμενος την ειδικότητα του ως τη δυσκολότερη από όλες (Πίνακας 5.5.1, δοκιμασία χ^2 , $p < 0,001$). Επιπλέον, υπάρχει τάση να μη θεωρεί ο ερωτώμενος την ειδικότητα του ως αυτή με το μεγαλύτερο κύρος αν και η διαφοροποίηση δεν είναι τόσο μεγάλη ώστε να προκύψει στατιστικώς σημαντική (Πίνακας 5.5.2, δοκιμασία χ^2 , $p = 0,095$).

Πίνακας 5.5.1: Συσχέτιση Νευρωτισμού και θεώρησης της ίδιας ειδικότητας ως τη δυσκολότερη

Ο ερωτώμενος θεωρεί τη
δική του την πιο δύσκολη
ειδικότητα

Ναι Όχι Σύνολο

Συχνότητα 43 28
71 Φυσιολογικές
Αναμενόμενη
τιμές (έως 11)
32,0 39,0 71,0
Χαρακτηρισμός
Συχνότητα

Νευρωτισμού Πρόβλημα Συχνότητα 3 28 31 Νευρωτισμού
Αναμενόμενη

14,0

17,0

31,0

(> 11) Συχνότητα

Σύνολο Συχνότητα 46 56 102

**Πίνακας 5.5.2: Συσχέτιση Νευρωτισμού και θεώρησης
της ίδιας ειδικότητας ως αυτή με το μεγαλύτερο κύρος**

Ο ερωτώμενος θεωρεί τη δική του ειδικότητα ως αυτή με το μεγαλύτερο κύρος

Ναι Όχι Σύνολο

Συχνότητα 6 65 71

Φυσιολογικές

Αναμενόμενη

τιμές (έως 11) 4,2 66,8 71,0

Χαρακτηρισμός Συχνότητα

Νευρωτισμού Πρόβλημα Συχνότητα 0 31 31 Νευρωτισμού

Αναμενόμενη

1,8

29,2

31,0

(> 11) Συχνότητα

Σύνολο Συχνότητα 6 96 102

Τέλος, σημειώνονται ορισμένες ενδιαφέρουσες παρατηρήσεις

οι οποίες αν και δεν προέκυψαν στατιστικώς σημαντικές, θέτουν ενδιαφέροντα ερωτήματα για μελλοντική έρευνα.

A. Ενδιαφέρουσα φαίνεται η παρατήρηση πως υπάρχει τάση αύξησης της πιθανότητας εμφάνισης νευρωτισμού με τη μείωση του μεγέθους του τόπου διαμονής. Η παρατήρηση αυτή εξειδικεύεται στον παρακάτω πίνακα και καταγράφεται ως ένα θέμα που ενδεχομένως αρμόζει να μελετηθεί σε μελλοντική έρευνα.

Πίνακας 5.5.3: Συσχέτιση διαμονής και Νευρωτισμού ($p = 0,086$)

		Διαμονή				
		Χωριό/ Κωμόπολη	Πόλη < 150.000 κατοίκους	Πόλη > 150.000 κατοίκους	Σύνολο	ο
Χαρακτηρισμός Νευρωτισμού	Φυσιολογικές τιμές (έως 11)	Συχνότητα	8	26	37	71
		Αναμενόμενη Συχνότητα	11,1	27,1	32,7	71,0
	Πρόβλημα	Συχνότητα	8	13	10	31
	Νευρωτισμού (> 11)	Αναμενόμενη Συχνότητα	4,9	11,9	14,3	31,0
Σύνολο Συχνότητα			45	57	102	102

B. Στο ίδιο πλαίσιο τοποθετείται η παρατήρηση πως οι ειδικευόμενοι που τείνουν να μετανιώνουν κάποιες φορές για την ειδικότητα που επέλεξαν τείνουν να εμφανίζουν νευρωτισμό με μεγαλύτερη πιθανότητα από τους υπόλοιπους, παρατήρηση ωστόσο η οποία δεν προκύπτει επίσης να είναι στατιστικώς σημαντική ($p = 0,068$)

Πίνακας 5.5.4: Συσχέτιση Νευρωτισμού και "Μετανιώνω για την επιλογή"

ειδικότητας" ($p = 0,068$)

			Μετανοιώνετε καμιά φορά για την ειδικότητα σας;		
			Ναι	Όχι	Σύνολο
Φυσιολογικές Χαρακτηρισμός Νευρωτισμού	Συχνότητα		19	52	71
	τιμές (έως 11)	Αναμενόμενη Συχνότητα	23,0	48,0	71,0
	Πρόβλημα	Συχνότητα	14	17	31
	Νευρωτισμού (> 11)	Αναμενόμενη Συχνότητα	10,0	21,0	31,0
Σύνολο			33	69	102

5.6 Παράγοντες σχετιζόμενοι με το Ψυχωτισμό

Καταγράφεται πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική σχέση μεταξύ της σειράς γέννησης και του ψυχωτισμού, με αυτούς που γεννήθηκαν σε μεγαλύτερη σειρά να αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν αυτό το χαρακτηριστικό.

Πίνακας 5.6.1: Συσχέτιση σειράς γέννησης και Ψυχωτισμού ($p = 0,006$)

Σειρά γέννησης

Σ
ύ
ν
ο
λ
ο

1ος 2ος 3ος

ο

Συχνότητα 51 22 174 Φυσιολογικές
Αναμενόμενη τιμές (έως 5) 49,3 20,3 4,4
74,0 Χαρακτηρισμός Συχνότητα
Ψυχωτισμού Συχνότητα 176 528
Πρόβλημα Αναμενόμενη
Ψυχωτισμού 18,7 7,7 1,6 28,0
Συχνότητα

Σύνολο 28 6102 102

Περαιτέρω αναφέρεται η στατιστική συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης και του ψυχωτισμού ($p = 0,042$), όπως αυτό παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 5.6.2: Συσχέτιση οικογενειακής κατάστασης και Ψυχωτισμού ($p = 0,042$)

	Έγγαμος Διαζευγμένος/ Χήρος		Άγαμος/η		/η η /αλο	
	Σύνολο					
Φυσιολογί Συχνότητα	37	35	0	2	74	
κές τιμές Αναμενόμενη	74,	38,5	31,2	1,5	2,9	
Χαρακτηρισμός						(έως 5)
Συχνότητα	0					
Ψυχωτισμού Πρόβλημα Συχνότητα	16	8	2	2	28	
Ψυχωτισμ Αναμενόμενη	28,	14,5	11,8	,5	1,1	ού Συχνότητα 0
Σύνολο	53	43	2	4	102	

Ενδιαφέρουσα είναι η παρατήρηση πως οι ερωτώμενοι που κρίνεται πως έχουν πρόβλημα ψυχωτισμού τείνουν να θεωρούν περισσότερο καλλιεργημένο τον εαυτό τους σε σύγκριση με τους υπολοίπους. Το γεγονός αυτό που προκύπτει και στατιστικά σημαντικό ($p = 0,005$) περιγράφεται αναλυτικά στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 5.6.3: Συσχέτιση καλλιέργειας κατάστασης και Ψυχωτισμού ($p = 0,005$)

Πόσο καλλιεργημένο θεωρείτε τον εαυτό
σας;

23 45

Συχνότητα 0 35 34 5 74

Φυσιολογικές Αναμενόμενη 74
 Χαρακτηρισμ τιμές (έως 5) 1,5 29,7 34,8
 8,0 Συχνότητα ,0 ός Συχνότητα 2 6 14 6
 28

Ψυχωτισμού Πρόβλημα Αναμενόμενη Ψυχωτισμού
 Συχνότητα

28 ,5 11,3 13,2 3,0

,0

10

Σύνολο 2 41 48 11

2

Τέλος, σημειώνεται πως σε αντίθεση με το χαρακτηριστικό του νευρωτικού, το οποίο συσχετίστηκε με τις αποκρίσεις σχετικά με τη θεώρηση της ίδιας ειδικότητας ως τη δυσκολότερη ή αυτή με το μεγαλύτερο κύρος, δεν προέκυψαν ανάλογα συμπεράσματα για το χαρακτηρισμό του ψυχωτικού όπως αυτός προέκυψε βάσει των αποκρίσεων στο ερωτηματολόγιο EPQ.

5.7 Διαφοροποιήσεις μεταξύ μεγέθους τόπου καταγωγής

Στον πίνακα 5.7.1 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ των τριών διαφορετικών κατηγοριών μεγέθους τόπου καταγωγής όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. 1. Κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας ($p = 0,022$)
2. 2. Η Συνολική βαθμολογία της κλίμακας εξωτερικής ντροπής (OAS) ($p = 0,029$)
3. 3. Αίσθημα κατωτερότητας (OAS) ($p < 0,001$)
4. 4. Αίσθημα κενού (empty) (OAS) ($p = 0,024$)
5. 5. Αυτο-επίκριση (self-criticism) (HDHQ) ($p = 0,017$)
6. 6. Παραληρηματική ενοχή (Guilt) (HDHQ) ($p < 0,001$)
7. 7. Σύνολο ενδοστρέφειας (HDHQ) ($p = 0,001$)
8. 8. Γενικό σύνολο (HDHQ) ($p = 0,041$)
9. 9. Κλίμακα άγχους (ECRI) ($p = 0,021$)
10. 10. Στάση απέναντι στη ζωή ($p = 0,022$)
11. 11. Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια (EPQ) ($p = 0,034$)
12. 12. Νευρωτισμός (EPQ) ($p = 0,031$)
13. 13. Ψεύδος (EPQ) ($p = 0,027$)

Πίνακας 5.7.1: Διαφοροποιήσεις μεταξύ μεγέθους τόπου καταγωγής

	F	p
Κλίμακα Αλτρουισμού -Γενικό Σύνολο	,116	,890
Κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας	3,955	,022
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS)		
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes)	1,863	,161
Συνολική βαθμολογία	3,673	,029
Αίσθημα κατωτερότητας	10,053	,000
Αίσθημα κενού (empty)	3,894	,024

Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS)

Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	1,239	,294
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	,075	,928
Σωματική ντροπή (bodily shame)	1,665	,194
Συνολική ντροπή	,111	,895

Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90)

Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	1,104	,336
Σωματοποίηση	,974	,381
Ιδεοψυχαναγκασμός	2,940	,057
Διαπροσωπική ευαισθησία	2,383	,098
Κατάθλιψη	,929	,398
Άγχος	1,539	,220
Επιθετικότητα	1,286	,281

Φοβικό άγχος 1,175 ,313 Παρανοειδή ιδεασμό 2,191 ,117

Ψυχωτισμό 1,789 ,173 Διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.) ,697 ,500 Άθροισμα όλων των δεικτών 1,255 ,290 Γενικός δείκτης συμπτωμάτων 1,255 ,290 Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων 2,369 ,099

Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ)

Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility)	1,294	,279
Επίκριση των άλλων (criticism of others)	,244	,784
Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility)	2,216	,114
Αυτο-επίκριση (self-criticism)	4,252	,017
Παραληρηματική ενοχή (Guilt)	8,712	,000
Σύνολο εξωστρεφείας	1,283	,282
Σύνολο ενδοστρέφειας		
Γενικό σύνολο		

Σύνολο συμπτωμάτων	7,005	,001
Γενικό σύνολο	3,305	,041

Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI)

Κλίμακα Αποφυγής ,844 ,433

Κλίμακα Άγχους	4,022	,021
----------------	-------	------

Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III)

Ελαφρύς πόνος (Minor Pain subscale)	,787	,458
Δριμύς πόνος (Severe Pain subscale)	,904	,408
Πόνος που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale)	,008	,992
Συνολικός πόνος (Total pain)	,418	,659

Τεστ προσανατολισμού για την ζωή - Life Orientation Test (LOT-R)

Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	1,422	,246
------------------------------------	-------	------

Στάση απέναντι στη ζωή

Στάση απέναντι στη ζωή	3,952	,022
------------------------	-------	-------------

Στάση απέναντι στη ζωή 3,952

Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας του Eysenck (Eysenck Personality Questionnaire)

Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια	3,506	,034
---------------------------	-------	-------------

Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια 3,506

Νευρωτισμός 3,609 ,031

Ψυχωτισμός ,742 ,479

Ψεύδος	3,732	,027
--------	-------	-------------

5.7.1 Αναλυτική περιγραφή των διαφοροποιήσεων

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των τριών κατηγοριών μεγέθους τόπου καταγωγής. Η απλή παρατήρηση καταδεικνύει πως το μέγεθος του τόπου καταγωγής επηρεάζει στατιστικά τις απόκρισεις σχετικά με τη στάση απέναντι στη ζωή. Ιδιαίτερα, το μέγεθος της πόλης σχετίζεται θετικά με την απόκριση στην ερώτηση αυτή. Αντίθετα, έχει αρνητική συσχέτιση με τις τιμές της κλίμακας του Νευρωτισμού με τους ειδικευόμενους που κατάγονται από μεγάλη πόλη να έχουν μικρότερες μέσες τιμές από τους υπολοίπους.

Οι παραπάνω διαφοροποιήσεις εμφανίζονται παραστασιακά στα διαγράμματα 27 και 28, σελίδα 96, που ακολουθούν.

Οι διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται στις υπόλοιπες κλίμακες δεν καταδεικνύουν κάποια σχέση αναλογίας ή αντίστοιχης αναλογίας του μεγέθους του τόπου καταγωγής και των τιμών των κλιμάκων και ως εκ τούτου θεωρείται πως οφείλονται σε άλλους

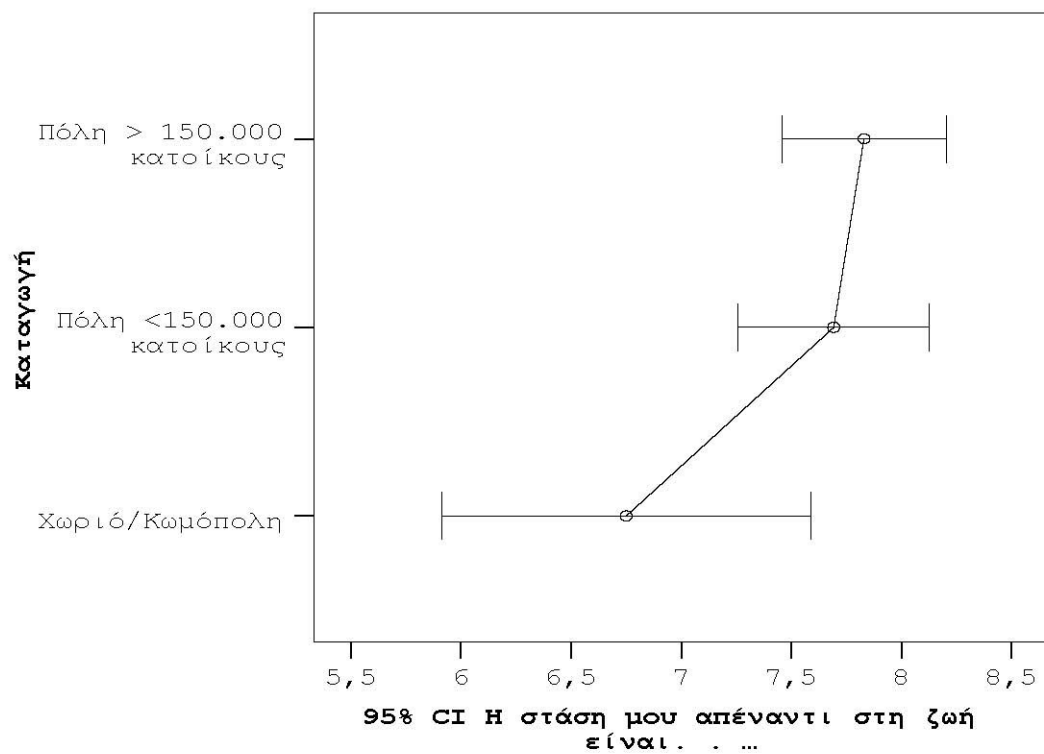
παράγοντες και δεν καταγράφονται ως σημαντικά αποτελέσματα.

Πίνακας 1: Παρουσίαση των διαφοροποιήσεων ανά τόπο καταγωγής

	Διαμονή		
	Χωριό/Κωμόπολη	Πόλη	Πόλη >
		< 150.000 κατοίκους	150.000 κατοίκους
Κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας	47,9	45,7	47,4
Συνολική βαθμολογία	19,1	15,4	20,0
Αίσθημα κατωτερότητας	6,6	4,9	8,3

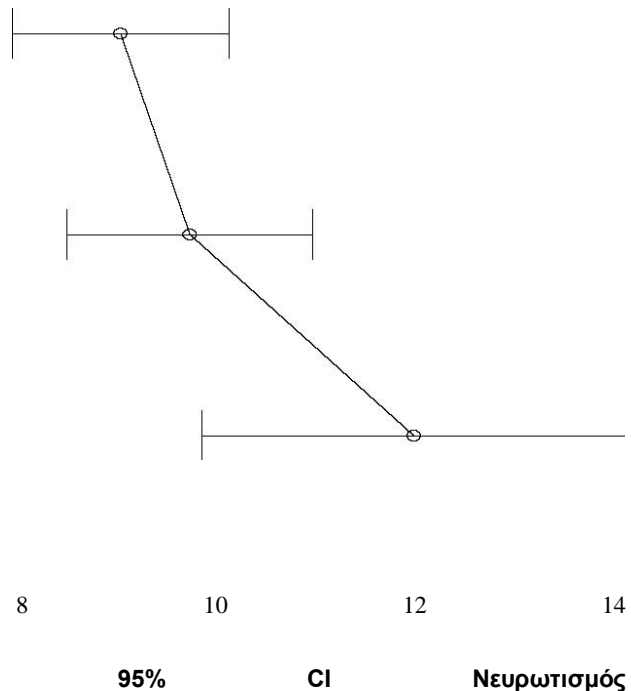
Αίσθημα κενού (empty) Αυτο-επίκριση (self-criticism) Παραληρηματική
ενοχή (Guilt) Σύνολο ενδοστρέφειας Γενικό σύνολο Κλίμακα άγχους Η
στάση μου απέναντι στη ζωή είναι. Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια
Νευρωτισμός Ψεύδος

4,4 3,0 2,6 4,5 3,0
3,2 2,7 1,4 1,3 7,2
4,4 4,5 20,2 14,7
15,9 3,0 2,2 2,5 6,8
7,7 7,8 13,7 14,9
12,5 11,9 9,4 8,7
10,7 7,9 8,3



Διάγραμμα 27: Εξέλιξη της στάσης απέναντι στη ζωή και του μεγέθους τόπου καταγωγής

Πόλη	>	150.000
κατοίκους		
Πόλη		<150.000
κατοίκους		
Χωριό/Κωμόπολη		



Διάγραμμα 28: Εξέλιξη των μέσων τιμών του Νευρωτισμού και του μεγέθους τόπου καταγωγής

5.8 Διαφοροποιήσεις μεταξύ των ιατρών που έχουν στην οικογένεια τους κάποιον συγγενή και των υπολοίπων

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις τιμές των κλιμάκων μεταξύ των 22 ερωτώμενων που έχουν στην οικογένεια τους κάποιον ιατρό και των υπολοίπων 80. Χρησιμοποιούμε τον έλεγχο Student (T – Test) για δύο ανεξάρτητα δείγματα για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς μεταξύ των υποομάδων. Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις εικοσιεπτά κλίμακες και υποκλίμακες είναι

Στατιστική Υπόθεση : Η μέση τιμή της κλίμακας δεν διαφέρει μεταξύ των δύο φύλων.

Η απόρριψη της στατιστικής υπόθεσης κρίνεται από την τιμή του στατιστικού p το οποίο παρουσιάζεται σε ξεχωριστή στήλη. Ως όριο για την αποδοχή ή απόρριψη μίας

στατιστικής υπόθεσης τέθηκε ο αριθμός 0,05.

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής του T – Test δίνει τον πίνακα 5.8.1. Με κίτρινο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν $p < 0,05$.

Πίνακας 5.8.1: Διαφοροποιήσεις μεταξύ των ερωτώμενων με συγγενή του ίδιου επαγγέλματος και των υπολοίπων					
	Συγγενής Ιατρός		T - Test		
	Ναι	Όχι	t	df	p
Κλίμακα Αλτρουισμού -Γενικό Σύνολο	24,8	24,0	1,079	100	,283
Κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας	47,2	46,8	,546	100	,586
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale -OAS)					
Συνολική βαθμολογία	19,8	17,7	1,096	100	,276
Αίσθημα κατωτερότητας	7,5	6,5	1,030	100	,305
Αίσθημα κενού (empty)	3,5	2,9	1,015	100	,312
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes)	7,9	7,1	,818	100	,415
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale - ESS)					
Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame)	22,0	21,4	,373	100	,710
Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame)	19,5	19,7	-,093	100	,926
Σωματική ντροπή (bodily shame)	7,1	6,1	1,600	100	,113
Συνολική ντροπή	48,6	47,2	,414	100	,680
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90)					
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	61,0	48,7	1,148	100	,254
Σωματοποίηση	7,7	6,4	,734	100	,465
Ιδεοψυχαναγκασμός	9,9	8,2	1,232	100	,221
Διαπροσωπική ευαισθησία	7,4	5,9	1,139	100	,258

Κατάθλιψη	10,4	7,0	2,037	100	,044
Άγχος	4,5	4,4	,023	100	,982
Επιθετικότητα	4,7	2,4	2,410	100	,018
Φοβικό άγχος	2,5	2,3	,223	100	,824
Παρανοειδή ιδεασμό	4,9	4,2	,709	100	,480

Ψυχωτισμό	4,3	4,0	,364	100	,716
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.)	4,6	4,0	,847	100	,399
Άθροισμα όλων των δεικτών	56,3	44,8	1,150	100	,253

Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ)

Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility)	5,5	3,9	2,641	100	,010
Επικριση των άλλων (criticism of others)	6,5	5,0	2,749	100	,007
Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility)	2,6	1,3	3,283	100	,001
Αυτο-επικριση (self-criticism)	3,7	3,2	,999	100	,320
Παραληρηματική ενοχή (Guilt)	2,2	1,4	2,866	100	,005
Σύνολο εξωστρεφείας	14,7	10,2	3,344	100	,001
Σύνολο ενδοστρέφειας	5,9	4,6	1,930	100	,056
Γενικό σύνολο	20,6	14,9	3,378	100	,001

Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI)

Κλίμακα Αποφυγής	3,3	3,2	,710	100	,479
Κλίμακα Άγχους	2,7	2,4	1,117	100	,267

Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III)

Ελαφρύς πόνος (Minor Pain subscale)	6,6	8,8	-1,761	100	,081
Δριμύς πόνος (Severe Pain subscale)	22,1	19,5	1,262	100	,210
Πόνος που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale)	9,9	11,5	-1,136	100	,259
Συνολικός πόνος (Total pain)	38,6	39,8	-,273	100	,786

Τεστ προσανατολισμού για την ζωή - Life Orientation Test (LOT-R)

Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	26,2	26,9	-,694	100	,490
Στάση απέναντι στη ζωή					
Η στάση μου απέναντι στη ζωή είναι. .	7.3	7.7	-1.28	100	0.2
Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας του Eysenck (Eysenck Personality Questionnaire)					
Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια	14,1	13,5	,668	100	,506
Νευρωτισμός	10,7	9,1	1,532	100	,129
Ψυχωτισμός	5,4	4,8	,600	100	,550
Ψεύδος	9,7	8,3	1,691	100	,094

Παρατηρούμε πως οι ερωτώμενοι που έχουν στην οικογένειά τους κάποιον ιατρό εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους υπολοίπους στις κλίμακες :

1. 1. Κατάθλιψη (SCL – 90)
2. 2. Επιθετικότητα (SCL – 90)
3. 3. Παρορμητική επιθετικότητα (HDHQ)
4. 4. Επίκριση των άλλων (HDHQ)
5. 5. Παρανοειδής επιθετικότητα (HDHQ)
6. 6. Παραληρηματική ενοχή (HDHQ)
7. 7. Σύνολο εξωστρεφειας (HDHQ)
8. 8. Γενικό σύνολο (HDHQ)

Κεφάλαιο 6 Αποτελέσματα

6.1 Τα αποτελέσματα ανά κλίμακα μελέτης

Στην παράγραφο αυτή παρουσιάζουμε όλα τα στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα που προέκυψαν στην εργασία αυτή ταξινομημένα ανά κλίμακα από την οποία υπολογίστηκαν.

6.1.1 Κλίμακα Αλτρουισμού και Κλίμακα της ναρκισσιστικής

προσωπικότητας

Βρέθηκε πως οι Γενικοί Ιατροί εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή στην κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας από τους Παθολόγους συναδέλφους τους (μέση τιμή 47,7 μονάδες έναντι 45,9 των Παθολόγων, $p = 0,005$) (Πίνακας 5.1.1, σελίδα 78). Καθώς το σύνολο των ερωτώμενων που διαμένει σε Χωριό / Κωμόπολη ανήκει στην ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής, εμφανίζεται στατιστική διαφοροποίηση στις τιμές της ίδιας κλίμακας μεταξύ των διαφορετικών τόπων κατοικίας ($F = 3,955$, $p = 0,022$). Τέλος, μεταξύ των δύο φύλων δεν εμφανίστηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις.

6.1.2 Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (OAS) και Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale-ESS)

Οι Γενικοί Ιατροί εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερες μέσες τιμές στο αίσθημα κενού (OAS), (μέση τιμή 3,5 έναντι 2,5 αντίστοιχα των Παθολόγων, $p = 0,036$), ενώ το αντίθετο συμβαίνει στην αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (OAS), (μέση τιμή 6,4 έναντι 8,2 αντίστοιχα των Παθολόγων, $p = 0,023$).

Περαιτέρω, χαρακτηριστικό είναι πως οι Γενικοί Ιατροί εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερες μέσες τιμές σε όλες τις υποκλίμακες της Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale-ESS) (Πίνακας 5.1.1, σελίδα 78). Στην ίδια κλίμακα, οι άνδρες ερωτώμενοι της παρούσης έρευνας εμφάνισαν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή στην συμπεριφορική ντροπή (μέση τιμή 7,9 έναντι 7,4 αντίστοιχα των γυναικών, $p = 0,045$).

6.1.3 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90)

Οι Παθολόγοι εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους Γενικούς Ιατρούς τόσο στην κλίμακα του Άγχους (μέση τιμή 5,6 έναντι 3,3 αντίστοιχα των Γενικών Ιατρών, $p = 0,029$) όσο και στην κλίμακα του Φοβικού Άγχους (μέση τιμή 3,3 έναντι 1,5 αντίστοιχα των Γενικών Ιατρών, $p = 0,035$).

Τόσο μεταξύ ανδρών και γυναικών όσο και μεταξύ των διαφορετικών τόπων κατοικίας δεν ανιχνεύθηκαν διαφοροποιήσεις στις τιμές των υποκλιμάκων της κλίμακας Ψυχοπαθολογίας.

Τέλος, οι ερωτώμενοι που έχουν στην οικογένειά τους κάποιον ιατρό συγκεντρώνουν στατιστικά μεγαλύτερο σκορ από τους υπολοίπους στις κλίμακες της Κατάθλιψης ($p = 0,044$) και της Επιθετικότητας ($p = 0,018$).

6.1.4 Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (HDHQ)

Η εργασία μας κατέληξε στο συμπέρασμα πως οι Γενικοί Ιατροί παρουσιάζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή στην κλίμακα της Επίκρισης των άλλων (μέση τιμή 5,9 μονάδες έναντι 4,7 των Παθολόγων, $p = 0,009$), στην κλίμακα της αυτο - επίκρισης (μέση τιμή 4,1 μονάδες έναντι 2,6 των Παθολόγων, $p < 0,001$), στην κλίμακα της παραληρηματικής ενοχής (μέση τιμή 1,9 μονάδες έναντι 1,2 των Παθολόγων, $p = 0,008$), στο σύνολο ενδοστρέφειας (μέση τιμή 6 μονάδες έναντι 3,8 των Παθολόγων, $p = 0,016$) και στο γενικό σύνολο αυτού του ερωτηματολογίου (μέση τιμή 17,8 μονάδες έναντι 14,3 των Παθολόγων, $p = 0,016$), (Πίνακας 5.1.1, σελίδα 78).

Περαιτέρω, βρέθηκε πως η μέση Επίκριση των άλλων (criticism of others) στις γυναίκες είναι μικρότερη από ότι στους άνδρες (2,1 μονάδες έναντι 2,7 των γυναικών), διαφορά που αποδείχθηκε στατιστικώς σημαντική ($p = 0,031$). Είναι χαρακτηριστικό πως το αποτέλεσμα μας διαφοροποιείται από παλαιότερες έρευνες σε γενικό πληθυσμό (Πίνακας 6.1.1, σελίδα 102, γραμμή κλίμακας SC). Περαιτέρω, βρέθηκε στατιστική διαφοροποίηση στο Σύνολο Εξωστρέφειας, με τους άνδρες να εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από ότι οι γυναίκες (48,1 έναντι 46,6 αντίστοιχα, $p = 0,048$). Σε αντίθεση με την πρώτη παρατήρηση, το γεγονός αυτό κρίνεται αναμενόμενο και έχει παρατηρηθεί πολλαπλά στο παρελθόν.

Table 1. HDHQ subscale means and standard deviations for males, females and combined sample

HDHQ subscale	Males (N = 125)	Females (N = 125)	Combined (N = 250)
AH (12 items)			
M	4.05	3.45	3.75
SD	1.90	2.10	2.04
CO (12 items)			
M	4.55	4.30	4.42
SD	2.57	2.54	2.55
PH (9 items)			
M	0.95	0.74	0.84
SD	1.36	1.13	1.25
SC (11 items)			
M	3.69	4.84	4.26
SD	2.22	2.64	2.51
DG (7 items)			
M	1.33	1.62	1.48
SD	1.18	1.37	1.28
Extra (33 items)			
M	9.55	8.48	9.02
SD	4.53	4.82	4.69
Intro (18 items)			
M	5.02	6.46	5.74
SD	3.04	3.66	3.43
Total hostility (51 items)			
M	14.57	14.94	14.76
SD	6.11	7.29	6.72

Πίνακας 6.1.1: Miller et al, 1989

Τέλος, χαρακτηριστικό είναι πως σχεδόν στο σύνολο των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου HDHQ, οι ερωτώμενοι που έχουν στην οικογένειά τους κάποιον ιατρό συγκεντρώνουν στατιστικά μεγαλύτερες μέσες τιμές από ότι οι υπόλοιποι (πίνακας 5.8.1, σελίδα 97)

6.1.5 Κλίμακα Βιωμάτων στις Διαπροσωπικές Σχέσεις (ECRI)

Οι Γενικοί Ιατροί εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους Παθολόγους στην κλίμακα άγχους (μέση τιμή 3 έναντι 1,9 των Παθολόγων, $p < 0,001$) (Πίνακας 5.1.1, σελίδα 78). Καθώς το σύνολο των ερωτώμενων που διαμένει σε Χωριό / Κωμόπολη ανήκει στην ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής, εμφανίζεται στατιστική διαφοροποίηση στις τιμές της ίδιας κλίμακας μεταξύ των διαφορετικών τόπων κατοικίας ($F = 4,022$, $p = 0,021$), (Πίνακας 5.7.1, σελίδα 92).

Τέλος, στην ίδια κλίμακα οι γυναίκες εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους άνδρες (μέση τιμή 2,7 έναντι 2,3 των ανδρών, $p = 0,031$) (Πίνακας 5.3.1, σελίδα 84).

6.1.6 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου -Fear of pain questionnaire (FPQ-III)

Οι Γενικοί Ιατροί εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους Παθολόγους στην υποκλίμακα του Δριμύ πόνου (μέση τιμή 22 έναντι 18 των Παθολόγων, $p = 0,02$). Δεν ανιχνεύθηκαν διαφοροποιήσεις τόσο μεταξύ ανδρών και γυναικών όσο και μεταξύ των διαφορετικών τόπων κατοικίας.

6.1.7 Τεστ προσανατολισμού για την ζωή -Life Orientation Test (LOT-R)

Βρέθηκε πως ο τόπος κατοικίας επηρεάζει στατιστικά τις απόκρισεις σχετικά με τη στάση απέναντι στη ζωή. Ιδιαίτερα, το μέγεθος της πόλης σχετίζεται θετικά με την απόκριση στην ερώτηση αυτή (5.7.1, σελίδα 94)

6.1.8 Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας του Eysenck (Eysenck Personality Questionnaire)

Οι Γενικοί Ιατροί εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους Παθολόγους στην κλίμακα των Νευρωτισμού (10,7 μονάδες έναντι 8,2 των Παθολόγων, $p = 0,002$). Στην ίδια κλίμακα οι Γυναίκες εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους άνδρες (10,6 μονάδες έναντι 8,1 των ανδρών, $p = 0,003$) (πίνακας 5.3.1, σελίδα 84)

Αντίθετα, οι Παθολόγοι εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους Γενικούς Ιατρούς στην κλίμακα του Ψυχωτισμού (6 μονάδες έναντι 3,9 των Γενικών Ιατρών, $p = 0,008$) (Πίνακας 5.1.1, σελίδα 78)

Τέλος, εμφανίστηκαν διαφοροποιήσεις ανά τόπο κατοικίας στις τρεις από τις τέσσερις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου αυτού, ωστόσο δεν καταδεικνύουν κάποια σχέση αναλογίας ή αντίστοιχης αναλογίας του μεγέθους του τόπου κατοικίας και των τιμών των κλιμάκων και ως εκ τούτου θεωρείται πως οφείλονται σε άλλους παράγοντες και δεν καταγράφονται ως σημαντικά αποτελέσματα.

6.2 Συζήτηση

Για τους περισσότερους ιατρούς, η επιλογή της Ιατρικής αντιπροσωπεύει μια επιτυχημένη καριέρα, όχι για όλους όμως. Σημαντικός αριθμός ιατρών υποφέρει από ψυχικά νοσήματα, ενίοτε πολύ σοβαρά. Σε έρευνα ανάμεσα στους τελειόφοιτους Ιατρικής του Πανεπιστημίου John Hopkin's στις ΗΠΑ, βρέθηκε ότι ποσοστό 10% από αυτούς εμφάνιζε σημαντική ψυχιατρική νοσηρότητα. Σαν επαγγελματική κατηγορία, οι ιατροί υπόκεινται σε υψηλό βαθμό ψυχολογικής πίεσης, η οποία σχετίζεται και με τις αυξημένες επαγγελματικές προσδοκίες που η κοινωνία διατηρεί απέναντί τους.

Βρέθηκε πως οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να έχουν πρόβλημα νευρωτισμού όπως αυτό ορίζεται από την αντίστοιχη υποκλίμακα του ερωτηματολογίου EPQ (διάγραμμα 27, σελίδα 93), ενώ εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερες τιμές από τους άνδρες στην κλίμακα άγχους. Οι παραπάνω παρατηρήσεις δεν έχουν επαληθευτεί σε έρευνες στο εξωτερικό (34, 35), ενδεχομένως να οφείλονται στις ιδιαίτερες κοινωνικοπολιτικές συνθήκες που επικρατούν στην χώρα μας.

Ενδιαφέρον εύρημα, αποτελεί ακόμα, η διαπίστωση του ότι οι γυναίκες του δείγματος σημειώνουν χαμηλότερα ποσοστά εξωστρέφειας (HDHQ) από τους άντρες του δείγματος, εύρημα αντίθετο με παλαιότερες έρευνες (34) αλλά και με τις ευρέως διαδομένες κοινωνικές παραδοχές. Το συγκεκριμένο εύρημα μπορεί να αποδοθεί στο ιδιαίτερα ανταγωνιστικό εργασιακό περιβάλλον της χώρας μας και στην σημαντική έλλειψη υποστηρικτικών δομών για τις μητέρες-εργαζόμενες που καλούνται να ανταποκριθούν σε πολλαπλούς ρόλους (εργαζόμενη, μητέρα, σύζυγος, οικοκυρά) και καθ' αυτόν τον τρόπο έχουν απωλέσει σημαντικό μέρος της κοινωνικότητας και της εξωστρέφειας τους.

Περαιτέρω, σημειώνεται πως οι γυναίκες εμφανίζουν μικρότερη μέση τιμή στην κλίμακα αλτρουισμού από ότι οι άνδρες (23,6 μονάδες έναντι 24,8 μονάδες αντίστοιχα), διαφοροποίηση όμως που δεν προκύπτει στατιστικώς σημαντική. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με ξένες έρευνες (90) αλλά και την γενικότερη παραδοχή που θέλει τις γυναίκες να σημειώνουν υψηλότερα ποσοστά στις κλίμακες του αλτρουισμού. Η εξήγηση του φαινομένου θα μπορούσε να ενταχθεί στο πλαίσιο της προαναφερόμενης παρατήρησης που επισημαίνει τις ιδιαίτερες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες στην άσκηση του απαιτητικού ιατρικού επαγγέλματος, καθώς καλούμενες να ανταποκριθούν σε πολλαπλούς ρόλους και κατ' επέκταση δυσβάσταχτα ωράρια-έχουν ίσως απωλέσει κομμάτι της αλτρουιστικής γυναικείας φύσης τους.

Επιπλέον, πρέπει να σημειωθεί το γεγονός πως το σύνολο των ερωτώμενων οι οποίοι χαρακτηρίστηκαν ως άτομα με πρόβλημα Ψυχωτισμού χαρακτηρίζονται στο σύνολο τους επιπλέον ως εσωστρεφείς. Το γεγονός αυτό φυσιολογικά παράγει στατιστική σημαντικότητα στη σχέση εσωστρέφειας και ψυχωτισμού και καταγράφεται στα ενδιαφέροντα αποτελέσματα της παρούσης εργασίας. Το παραπάνω εύρημα έρχεται να επιβεβαιώσει γερμανική έρευνα η οποία επισημαίνει επιπλέον την σχέση μεταξύ ενδοστέφειας-ψυχωτισμού και εξαρτήσεων από το αλκοόλ και τα ναρκωτικά (91).

Περαιτέρω, σημειώνουμε πως τόσο το σύνολο εξωστρέφειας (11,2 μονάδες) όσο και το σύνολο ενδοστέφειας (4,9 μονάδες) είναι αυξημένα σε σχέση με το με τις τιμές που παρατηρήθηκαν σε δείγμα 35 ατόμων (Vassos et al, 2007), μικρότερο ωστόσο από τις αντίστοιχες τιμές δείγματος φορέων γονιδίου της ασθένειας Huntington (12,21 και 5,31 μονάδες αντίστοιχα)

Οι ερωτώμενοι με συγγενή ιατρό τείνουν να συγκεντρώνουν περισσότερο ψυχοπαθολογικά στοιχεία από ότι οι υπόλοιποι (6.1.3, 6.1.4). Συνάγεται, πως ενδεχομένως η ύπαρξη συγγενή ιατρού να επιδρά επιβαρυντικά στην ψυχολογική ισορροπία ενός υποψηφίου ειδικού. Ωστόσο, καθώς έχει παρατηρηθεί στο παρελθόν (33) πως η ευχαρίστηση που λαμβάνει από την εργασία του ο ειδικός ιατρός εξαρτάται θετικά από το αν ο πατέρας του ήταν του ιδίου επαγγέλματος, καταλήγουμε πως η διαφοροποίηση που παρατηρείται ενδεχομένως να απαλείφεται μετά την απόκτηση της ειδικότητας από τους ερωτώμενους. Ενδιαφέρον θα είχε η διαχρονική μελέτη αυτού του φαινομένου, δηλαδή η επανάληψη της έρευνας μετά την απόκτηση της

ειδικότητας των ερωτώμενων της έρευνας.

Η σχετικά πρόσφατη ευρεία διάδοση της ειδικότητας της Γενικής Ιατρικής και η ευρεία διάδοσή της στα πλαίσια των Πρωτοβάθμιων δομών υγείας της Ελλάδας δημιούργησε κατά κοινή παραδοχή μια νέα πραγματικότητα. Η “συγκκατοίκηση” των Γενικών Ιατρών με τους Παθολόγους, που στην κοινωνική συνείδηση εκπροσωπούσαν έως σήμερα τον θεσμό του “οικογενειακού γιατρού”, δημιούργησε ένα ενδιαφέρον πεδίο μελέτης για τις “δυναμικές” που αναπτύσσονται από την προαναφερόμενη “συγκκατοίκηση” των δυο ειδικοτήτων.

Βρέθηκε πως οι Γενικοί Ιατροί εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους Γενικούς Παθολόγους στην κλίμακα άγχους αλλά και στην κλίμακα Νευρωτισμού. Το γεγονός αυτό έρχεται σε αντίθεση με παρατηρήσεις στη ξενόγλωσση βιβλιογραφία (33), στις οποίες έχει παρατηρηθεί το αντίθετο γεγονός. Η διαφοροποίηση αποδίδεται στην πρόσφατη εισαγωγή της ειδικότητας του Γενικού Ιατρού στη χώρα μας και στην δυσκολία που απορρέει από το γεγονός αυτό να διαμορφώσει ο υποψήφιος γενικός ιατρός μία συγκεκριμένη επαγγελματική ταυτότητα, ιδιαίτερα όταν έρχεται σε σύγκριση με την περισσότερο συγγενή σε αυτόν ειδικότητα του Παθολόγου.

Στα παραπάνω έρχονται να προστεθούν τα ευρήματα των υπολκιμάκων: Αίσθημα κενού (OAS) Χαρακτηρολογική ντροπή (ESS) συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame) (ESS) Σωματική ντροπή (bodily shame) (ESS) Συνολική ντροπή (ESS) Επίκριση των άλλων (criticism of others) (HDHQ) Αυτο-επίκριση (self-criticism) (HDHQ) Παραληρηματική ενοχή (HDHQ), Δριμύς πόνος (FPQ – III) στο σύνολο των οποίων οι Γενικοί Ιατροί εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους συναδέλφους τους, Παθολόγους. Το γεγονός αυτό έρχεται να ενισχύσει σημαντικά την πεποίθηση ότι η ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής δεν έχει ακόμα αποκτήσει έναν σαφή διακεκριμένο ρόλο αλλά και την απαραίτητη αναγνώριση από την ελληνική κοινωνία, παράγοντες που πιθανόν να ευθύνονται για την παραγωγή των ανωτέρω αρνητικών συναισθημάτων και συμπεριφορών.

Από την άλλη μεριά, από τη σύγκριση των τιμών του δείγματός μας με δείγμα 125 φοιτητών συμπεραίνουμε πως το δείγμα μας εμφανίζει μικρότερη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα εξωτερικής ντροπής (OAS) κατά 3,63 μονάδες από ότι το δείγμα των φοιτητών που αναφέρεται στην εργασία αυτή (M.S.-P. Cheung et al, 2004), γεγονός που ίσως χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Επικουρικά σε όλα τα παραπάνω πρέπει να επισημανθεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό Γενικών Ιατρών (78,8%) αισθάνεται ότι η ειδικότητα τους είναι αδικημένη, ποσοστό πολύ μεγαλύτερο από το αντίστοιχο 56% που εμφανίζεται ανάμεσα στους παθολόγους. Σε αναζήτηση της εγχώριας και ξενόγλωσσας βιβλιογραφίας δεν βρέθηκαν άντιστοιχες έρευνες που να μελετούν το παραπάνω φαινόμενο, γεγονός που καταδεικνύει την "ιδιαιτερή" ελληνική πραγματικότητα και πιθανόν την "ιδιόμορφη" οργάνωση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα η οποία σε αντίθεση με άλλες χώρες έγινε ξεκινώντας από την τριτοβάθμια φροντίδα προς την πρωτοβάθμια, αντίθετα από την παγκόσμια εμπειρία όπου οι πρωτοβάθμιες δομές -και κατ' επέκταση η γενική ιατρική - αναπτύχθηκε πρώτη (85).

Παρατηρούμε ακόμη, πώς στις κλίμακες επιθετικότητας-κατεύθυνσης της επιθετικότητας το γενικό σύνολο που προκύπτει στο δείγμα μας ισούται με 16,1 και είναι μεγαλύτερο του αποδεκτού όπως αυτό έχει προταθεί από τους (Caine et al., 1967). Τα αποτελέσματα αυτά φέρνουν το δείγμα μας να είναι συγγενέστερο με ομάδες του πληθυσμού όπως οι κακοποιημένες γυναίκες (Price et al, 1980) και μπορεί να αποδοθεί στην απαιτητική φύση του ιατρικού επαγγέλματος και στο ιδιαίτερο άγχος που μεταβιβάζεται στους λειτουργούς του. Τα αποτελέσματα τείνουν να επιβεβαιώνονται και από άλλες ερευνες στο εξωτερικό που κατέδειξαν ότι οι λειτουργοί του ιατρικού επαγγέλματος σημειώνουν υψηλά ποσοστά στις κλίμακες επιθετικότητας και κατεύθυνσης αυτής και μάλιστα ανεξάρτητα από την ειδίκευσή τους (84). Από τα παραπάνω τείνει να επιβεβαιώνεται το συμπέρασμα του ιδιαίτερου επαγγελματικού άγχους που χαρακτηρίζει το ιατρικό επάγγελμα.

Επικουρικά στα προαναφερόμενα Αγγλική ερευνα (92) επισημαίνει τα υψηλά ποσοστά άγχους ανάμεσα στους Βρετανούς άντρες Γενικούς Ιατρούς κάτι που δεν παρατηρείται αναμέσα στις γυναίκες της ίδιας ειδικότητας οι οποίες σε αντίθεση με τις ελληνίδες συναδέλφους τους της παρούσας έρευνας, παρουσιάζουν χαμηλά ποσοστά άγχους και υψηλά επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία τους.

Περνώντας στα κοινωνιολογικά-δημογραφικά αποτελέσματα της έρευνας, είναι ενδιαφέρον να επισημανθεί ότι το 52% των ερωτώμενων (73,3% των ανδρών και 33,5% των γυναικών) είναι άγαμοι με μέση ηλικία τα 33,9 και 34,2 χρόνια αντίστοιχα. Καθώς η μέση ηλικία γάμου των γυναικών το 2007 ήταν τα 28,5 έτη (ΕΔΚΑ, 2009) θεωρούνται αναμενόμενα τα παραπάνω ποσοστά, γεγονός που αναιρεί την πεποίθηση πως οι Ιατροί παντρεύονται σε πολύ μεγαλύτερη ηλικία από το μέσο πληθυσμό. Ακόμα έχοντας ως δεδομένο ότι το ποσοστό των άγαμων γυναικών του

γενικού πληθυσμού που γεννήθηκαν το 1970 είναι 22% (ΕΔΚΑ, 2009) οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι το ποσοστό των αγάμων γυναικών-ιατρών είναι μάλλον υψηλότερο από τον εθνικό μέσο όρο. Το εύρημα αυτό είναι μάλλον αναμενόμενο δεδομένης της αναγκαίας πολυετούς φοίτησης που απαιτεί το ιατρικό επάγγελμα αλλά και της γενικότερης πολύωρης αφοσίωσης που απαιτεί αυτό από τους λειτουργούς του.

Περαιτέρω, μόλις 22 από τους ερωτώμενους (21,6%) έχουν κάποιο γιατρό στην οικογένειά τους, γεγονός που αναιρεί την ευρέως διαδεδομένη αντίληψη πως αυτό συμβαίνει για την πλειοψηφία των γιατρών. Το παραπάνω έρχεται σε αντίθεση με έρευνες του εξωτερικού (88) όπου το αντίστοιχο ποσοστό ανέρχεται στο 63.33%. Το παραπάνω αποτελεί ίσως δείγμα μιας μικρότερης "ταξικότητας" της ελληνικής κοινωνίας αλλά και ενός δικαιότερου συστήματος εισαγωγής στις ιατρικές σχολές της χώρας που ανακόπτει εν πολλοίς την πιθανή "ευνοικοκρατία" που παρατηρείται σε άλλες χώρες του κόσμου.

Επιπλέον, στην παρούσα έρευνα οι 55 από τους ερωτώμενους (53,9%) τοποθέτησαν στο μεσαίο σημείο της διαθέσιμης κλίμακας την παρουσία της πατρικής οικογένειας, ενώ μόλις 5 αποκρίσεις βρίσκονται στις δύο μεγαλύτερες τιμές της κλίμακας. Το παραπάνω εύρημα βρίσκεται σε αντιστοιχία με ερευνες του εξωτερικού (88) στις οποίες η επιλογή της ιατρικής γίνεται κυρίως από νέους που ανήκουν στη μεσαία οικονομική διαστρωμάτωση.

Οι 63 (42,4%) από τους ερωτώμενους δήλωσαν πως μετάνιωσαν για την ειδικότητα που επέλεξαν, γεγονός που θέτει το ζήτημα της καλύτερης πληροφόρησης των υποψήφιων ιατρών πριν την επιλογή ειδικότητας. Οι Δαρδαβέσης και συν. (86) πραγματοποίησαν έρευνα μεταξύ των φοιτητών της Ιατρικής Σχολής Θεσσαλονίκης, με κύριο σκοπό την καταγραφή και την αξιολόγηση του προσανατολισμού των φοιτητών ως προς τις ειδικότητες. Αξιοσημείωτο εύρημα ήταν ότι η μακροχρόνια αναμονή αναγκάζει πολλούς νέους ιατρούς να αναθεωρήσουν τις αρχικές επιλογές τους και να συμβιβαστούν με ειδικότητες που κάτω από άλλες συνθήκες δεν θα επέλεγαν.

Τέλος, σε πρόσφατη έρευνα του Στάθη (87), σε δείγμα 477 ιατρών σε όλη τη χώρα, φάνηκε ότι οι ιατροί επιλέγουν συγκεκριμένες ειδικότητες, ενώ αποφεύγουν κάποιες άλλες, όπως αυτές της Γενικής Ιατρικής, της Ιατρικής της Εργασίας, της Κοινωνικής

Ιατρικής κυρίως επειδή δεν τις θεωρούν επαρκώς «επιστημονικές» (σε ποσοστό 51,8%) και γιατί δεν εξασφαλίζουν ικανοποιητικό εισόδημα (ποσοστό 30,8%).

Από τα παραπάνω συνάγεται η γενικότερη παθογένεια του συστήματος εξειδίκευσης των ιατρών στην Ελλάδα που χαρακτηρίζεται από μεγάλους χρόνους αναμονής για την έναρξη της ειδικότητας, γεγονός που πιθανόν -και ύπο το κράτος της οικονομικής ένδειας-ωθεί τους νέους γιατρούς σε επιλογή ειδικοτήτων διαφορετική από τις πραγματικές επιθυμίες τους.

Επιπρόσθετα, ένα ενδιαφέρον στοίχαιο των αποτελεσμάτων της έρευνας, είναι, ότι το 66,7% των ερωτώμενων αποτελούσαν το πρώτο παιδί στην οικογένεια τους ενώ μόνο το 27,5% το 2ο παιδί της οικογένειας τους. Μια ερμηνεία του φαινομένου αυτού θα μπορούσε να είναι οι αυξημένες προσδοκίες αλλά και η έντονη προβολή των επιθυμιών των γονέων στο 1ο παιδί τους, κάτι που βρίσκει έκφραση μέσα από το καταξιωμένο ,στην κοινωνική συνείδηση, επάγγελμα του ιατρού.

Τέλος, βρέθηκε ότι το σύνολο των ειδικευομένων που δήλωσε ως τόπο καταγωγής κάποιο χωριό επέλεξε την ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής, γεγονός μάλλον αναμενόμενο αφού η εξοικείωση με την ζωή στις μικρές κοινωνίες -που είναι ο συνήθης χώρος εργασίας των Γενικών Ιατρών-λειτουργήσε προφανώς ενισχυτικά στην επιλογή της συγκεκριμένης ειδικότητας.

Βιβλιογραφία

1. SHORTT SED. Psychiatric illness in physicians. CMAJ 1979, 121:283–288
2. GARELICK AI, GROSS SR, RICHARDSON I, VON DER TANN M, BLAND J, HALE R. Which doctors and with what problems contact a specialist service for doctors? A cross-sectional investigation. BMC Med 2007, 5:26
3. PATTANI A, CONSTANTINOVICI N, WILLIAMS S. Who retires early from the NHS because of ill health and what does it cost? A national cross-sectional study. Br Med J 2001, 322:208– 209
4. REUBEN D. Psychologic effects of residency. South Med J 1983, 76:380–383
5. FIRTH-COZENS J. Depression in doctors. In: Robertson MM, Catona CLE (eds) Depression and physical illness. J Wiley & Sons Ltd, Cichester, 1997:95–111
6. FRANK E, DINGLE AD. Self-reported depression and suicide attempts among US women physicians. Am J Psychiatry 1999, 156:1887–1894
7. CENTER C, DAVIS M, DETRE T, FORD DE, HANSBROUGH W, HENDIN H ET AL. Confronting depression and suicide in physicians; a consensus statement. JAMA 2003, 289:3161–3166
8. HSU K, MARSHALL V. Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns and fellows. Am J Psychiatry 1987, 144:1561–

9. 9. NORTH CS, RYALL JE. Psychiatric illness in female physicians. Are high rates of depression an occupational hazard? *Postgrad Med J* 1997, 101:233–236
10. 10. REUBEN DB. Depressive symptoms in medical house officers. Effects of level of training and work rotation. *Arch Intern Med* 1985, 145:286–288
11. 11. PARTHASARATHY S. Sleep and medical profession. *Curr Opin Pulm Med* 2005, 11:507–512
12. 12. PILOWSKI L, O'SULLIVAN G. **Mental illness in doctors.** *Br Med J* 1989, 298:269–270
13. 13. HEM E, GRONVOLD NT, AASLAND OG, EKEBERG O. The prevalence of suicidal ideation and suicidal attempts among Norwegian physicians. Results from a cross-sectional survey of a nationwide sample. *Eur Psychiatry* 2000, 15:183–189
14. 14. TYSSSEN R, HEM E, VAGLUM P, GRONVOLD NT, EKEBERG O. The process of suicidal planning among medical doctors: Predictors in a longitudinal Norwegian sample. *J Affect Disord* 2004, 80:191–198
15. 15. LINDEMAN S, LAARA E, HAKKO H, LONNOVIST J. A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. *Br J Psychiatry* 1996, 168:274–279
16. 16. CARLSON GA, MILLER DC. Suicide, affective disorder, and women physicians. *Am J Psychiatry* 1981, 138:1330–1335
17. 17. STEPPACHER RC, MAUSNER JS. Suicide in male and female physician *JAMA* 1974, 228:323–328
18. 18. PUSCHEL K, SCHALINSKI S. Not enough help for themselves –the risk of physicians to commit suicide. *Arch Kriminol* 2006, 218:89–99
19. 19. PETERSEN MR, BURNETT CA. The suicide mortality of working physicians and dentists. *J Soc Occup Med* 2008, 58:25–29
20. 20. TYSSSEN R, VAGLUM P, GRONVOLD NT, OIVIND E. Suicidal ideation among medical students and young physicians: A nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *J Affect Disord* 2001, 64:69–79
21. 21. CAPLAN RP. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners and senior health service managers. *Br Med J* 1994, 309:1261–1263
22. 22. REIMER C, TRINKAUS S, JURKAT HB. Suicidal tendencies of physicians: An overview. *Psychiatr Prax* 2005, 32:381–385
23. 23. WOLFERSDORF M. Suicide and suicide prevention for female and male physicians. *MMW Fortschr Med* 2007, 149:34–36
24. 24. STANTON J, CAAN W. How many doctors are sick? *Br Med J* 2003, 326:S97
25. 25. BISSELL L, JONES RW. The alcoholic physician: A survey. *Am J Psychiatry* 1976, 133:1142–1146
26. 26. RICHMAN JA. Occupational stress, psychological vulnerability and alcohol related problems over time in future physicians. *Alcoholism* 1992, 16:166–171
27. 27. STRANG J, WILKS M, WELLS M, MARSHALL J. Missed problems and missed opportunities for addicted doctors. *Br Med J* 1998, 316:405–406
28. 28. GRASKE J. Improving the mental health of doctors. *Br Med J* 2003, 327:s188
29. 29. TALBOTT GD, GALLEGOS KV, WILSON PO, PORTER TL. **The medical association of Georgia's impaired physicians program: Review of the first 1,000 physicians, analysis of specialty.** *JAMA* 1987, 257:2927–2930
30. 30. TOYRY S, RASANEN K, KUJALA S, AARIMAA M, JUNTUNEN J, KALIMO R ET AL. **Self reported health, illness, and self-care among Finnish physicians.** *Arch Fam Med*

2000, 9: 1079– 1085

29. 31. COURT C. British study highlights stigma of sick doctors. Br Med J 1994, 309: 561–562
30. 32. DONALDSON L. Sick doctors: A responsibility to act. Br Med J 1994, 309: 557–558
31. 33. Kristine Benedictow Finset, Tore Gude, Erlend Hem, Reidar Tyssen, Oivind Ekeberg and Per Vaglum, Which young physicians are satisfied with their work? A prospective nationwide study in Norway, BMC Medical Education 2005, 5: 19doi: 10.1186/1472-6920-5-19
32. 34. Bradley A. Maron, Steven Fein, Barry J. Maron, Alexander T. Hillel, Mariam M. El Baghdadi and Paul Rodenhauer, Ability of prospective assessment of personality profiles to predict the practice specialty of medical students, Proc (Bayl Univ Med Cent). 2007 January; 20(1): 22–

1. 26.
2. 35. Luiz Roberto Millan; Raymundo Soares Azevedo; Eneiza Rossi; Orlando **Lúcio Neves De Marco; Marília Pereira Bueno Millan; Paulo Correa Vaz de Arruda**, What is behind a student's choice for becoming a doctor?, Clinics vol.60 no.2 São Paulo Apr. 2005
3. 36. Δικαίος Κ. Πολιτική Υγείας. Στο: Δικαίος Κ, Χλέτσος Μ (Επιμ.) Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Πολιτική υγείας/Κοινωνική πολιτική. Τόμος Β. Πάτρα, ΕΑΠ, ΔΜΥ51, 1999:17–96
4. 37. ΕΔΚΑ, Δημογραφικά Νέα, Ιανουάριος – Φεβρουάριος 2009, Τεύχος 3ο.
5. 38. Νόμος 1397/1983. (ΦΕΚ 143Α) † Εθνικό Σύστημα Υγείας ‡
39. Νόμος 1579/1985. (ΦΕΚ 217Α) † Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας ‡
6. 40. Νόμος 2071/92. (ΦΕΚ 123Α) † Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος Υγείας ‡
7. 41. Νόμος 2519/1997. (ΦΕΚ 165/Α/1997) † Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού

Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και

άλλες διατάξεις ‡

1. 42. Νόμος 3235/2004. (ΦΕΚ 53Α) † Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ‡
43. Θεοδώρου Μ, Σίσκου Ο, Καϊτελίδου Δ, Φαρατσέλη Ο, Λιαρόπουλος Λ. Η οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα. Στο: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Τρίτο Περιφερειακό Σύστημα Υγείας-Πρόνοιας Αττικής (Επιμ.) Θεωρία και Πρακτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Πειραιάς, 2005:23–44
2. 44. Ζηλίδης Χ. Αρχές και εφαρμογές πολιτικής υγείας: η μεταρρύθμιση 2000–2004.
3. 45. Mediforce Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας, Αθήνα, 2005
4. 46. Αγνή Βίκη, Ευστράτιος Παπάνης Ελληνική Κοινωνική Έρευνα -Greek Social Research

5. 47. Ahlbom, A. & Norell S. (1992). Εισαγωγή στη Σύγχρονη Επιδημιολογία. (Μετάφραση: Δημολιάτης, Γ., Χουλιάρα, Σ. & Αναστασόπουλος Π.). Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
6. 48. Allan, S., Gilbert, P., Goss, K. (1994). An exploration of shame measures-II: psychopathology. *Person. Individ. Diff.*, vol. 17, p. 719-722.
7. 49. Andrews, B (1998β). Shame and Childhood Abuse. **Στο:** Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 176-190.
8. 50. Andrews, B. (1995). Bodily Shame as a mediator between abusive experiences and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 104, p. 277-285
9. 51. Andrews, B. (1998α). Methodological and Definitional Issues in Shame Research. **Στο:** Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 39-54.
10. 52. Andrews, B. Qian, M. & Valentine, J.D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 41, p. 29-42.
11. 53. Brennan, K.A., Clark, C.L. & Shaver, P.R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In: *Attachment, Theory and Close Relationships*. J.A. Simpson & W.S. Rholes (eds). USA, NY: Guilford Press, (p. 46-76).
12. 54. Gilbert P. (1998). Some Core Issues and Controversies. **Στο:** Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 3-38.
13. 55. Gilbert, P. & Andrews, B. (1998). Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press.
14. 56. Gilbert, P. & McGuire M.T. (1998). Shame, Status, and Social Roles; Psychobiology and Evolution. **Στο:** Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 99-125.
15. 57. Gilbert, P. (2000). The Relationship of Shame, Social Anxiety and Depression: The Role of the Evaluation of Social Rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 7, p. 174-189.
- .58. Gilbert, P. (2003). Evolution, Social Roles, and the Differences in Shame and Guilt. *Social Research*, vol.70, p. 1205-1230.
16. 59. Gilbert, P., Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, vol. 28, p. 585-598.
17. 60. Gilbert, P., Allan, S., Goss, K. (1996). Parental Representations, Shame, Interpersonal Problems, and Vulnerability to Psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 3,

p. 23-34.

1. 61. Gilbert, P., Birchwood, M., Gilbert, J., Trower, P., Hay, J., Murray, B., Meaden A., Olsen K., Miles, J.N.V. (2001). An exploration of evolved mental mechanisms for dominant and subordinate behaviour in relation to auditory hallucinations in schizophrenia and critical thoughts in depression. *Psychological Medicine*, vol. 31, p. 1117-1127.
2. 62. Gilbert, P., Boxall, M., Cheung, M., & Irons, C. (2005). The Relation of Paranoid Ideation and Social Anxiety in a Mixed Clinical Population. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 12, p. 124-133. Gilbert, P., Cheung, M. S-P.,

Grandfield, T.,

3. 63. Campey, F., Irons, C. (2003). Recall of Threat and Submissiveness in Childhood: Development of a New Scale and its Relationship with Depression, Social Comparison and Shame. Clin. Psychol. Psychotherapy, vol. 10, p. 108-115.
4. 64. Gilbert, P., Miles, J.N.V. (2000). Sensitivity to Social Put-Down: it's relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self-other blame. Personality and Individual Differences, vol.29, p. 757-774.
5. 65. Gilligan, J. (2003). Shame, Guilt, and Violence. Social Research, vol. 70, p. 1149-1180.
6. 66. Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures-I: The Other As Shamer scale. Person. Individ. Diff., vol. 17 (5), p. 713-717.
7. 67. Liakos, A. (1977). Relations between Anxiety and Hostility in Psychotic Depression. Associate Professorship Thesis. University of Athens. Greece.
8. 68. Liakos, A., Markidis, M., Kokkevi, A. & Stefanis, C. (1977). The relation of Anxiety to Hostility and Frustration in neurotic patients. In Spielberger, C.D. & Sarason, I.G. (Eds). Stress and Anxiety (Vol. 4). Washington: Hemisphere.
9. 69. Spidbeiger CD, Jacobs G, Russell S, Crane RS. (1963). Assessment of anger the State-Trait Scale. In: Butcher JN, Spielberger CD, editors. Advances in personality assessment, 2. Hillside, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 161-189.
70. Spidbeiger CD, Johnson EH, Russell SF, Crane RJ, Jacobs GA, Worden TJ. (1985). The experience and expression of anger, construction and validation of an anger expression scale. In: Chesney MA, Rosenman RH, editors. Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders, Washington, DC: Hemisphere Publishing, pp. 5-30.
10. 71. Spielberg CD. Manual for the state-trait anger expression inventory (STAXI). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1988.
11. 72. Tsagarakis M., Kafetsios K., Stalikas A. (2007). Reliability and Validity of the Greek Version of the Revised Experiences in Close Relationships Measure of Adult Attachment European Journal of Psychological Assessment. Vol.23(1): 47-55.
12. 73. Αγγελόπουλος, Ν. (1984). Το επίπεδο και η δομή της επιθετικότητας δύο νεανικών πληθυσμών. Εγκέφαλος, vol. 21, p. 118-123.
13. 74. Αγγελόπουλος, Ν., Οικονόμου, Μ., Απέργης, Ν. & Δαρδελάκου Ν. (1987). Άγχος και κατάθλιψη σε μια ομάδα μαθητών του Λυκείου. Εγκέφαλος, vol. 24, p. 16 - 20
14. 75. Γναρδέλλης, Χ. (2006). Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows. Αθήνα, εκδ. Παπαζήση.
15. 76. Ιωαννίδης, Ι. Π.Α. (2000). Αρχές Αποδεικτικής Ιατρικής. Επιδημιολογία - Δημόσια Υγιεινή & Μέθοδοι Έρευνας. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
16. 77. Κατσουγιαννόπουλος, Β.Χ. (1990). Βασική Ιατρική Στατιστική. Θεσσαλονίκη, Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη
17. 78. Καφέτσος, Κ. & Ιωαννίδου, Μ. Διαπροσωπικές σχέσεις και ψυχική υγεία σε δείγμα ιατρών. Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών, τεύχος 38.
18. 79. Καφέτσος, Κ. (2003). Ενεργά μοντέλα δεσμού ενηλίκων και ψυχική υγεία:Επισκόπηση της περιοχής και προτάσεις για κλινική εφαρμογή και έρευνα. ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ, τόμος 40 (1).
19. 80. Ντώνιας, Σ., Καραστεργίου, Α. & Μάνος, Ν. (1991). Στάθμιση της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε Ελληνικό πληθυσμό. Ψυχιατρική, vol. 2, p. 42
20. 81. Παπαϊωάννου, Τ., Φερεντίνος, Κ. (2000). Ιατρική Στατιστική και Στοιχεία Βιομαθηματικών. Αθήνα, Εκδόσεις "Αθ. Σταμούλης ΑΕ", σελ., 275.
21. 82. Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1993). Στατιστική -Επαγωγική Στατιστική. Τόμος Β'. Αθήνα.

22. 83. Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. (2002). Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
23. 85. MTAR Gupta, AK Vohra, A Gupta, MJAFI 2002; 58: 210-213
24. 86. Σουλιώτης Κ., Λιονής Χ., Λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Μια πρόταση για την άρση του αδιέξοδου ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, 20(5), 466-476, 2003

– Απόψεις

1. 87. Δαρδα βέσης Θ, Κωνστα ντινίδης Θ, Γαλανός Α. Επιλογές ειδικοτήτων από φοιτητές Ιατρικής του ΑΠ Θεσσαλονίκης. Επιθεώρηση Υγείας 1991, 2: 59-63
2. 88. Στάθης Γ. Πληθωρισμός και ανισοκατανομή του ιατρικού σώματος στην Ελλάδα. Οι απόψεις των ιατρών. Εκδόσεις Mediforce, Αθήνα, 2005
3. 89. Luiz Roberto Millan; Raymundo Soares Azevedo; Eneiza Rossi; Orlando Lúcio Neves De Marco; Marília Pereira Bueno Millan; Paulo Correa Vaz de Arruda, What is behind a student's choice for becoming a doctor?, Clinics vol.60 no.2 São Paulo Apr. 2005
4. 90. Ian D Coulter¹, Michael Wilkes, Claudia Der-Martirosian Altruism revisited: a comparison of medical, law and business students' altruistic attitudes, Medical Education Volume 41, Issue 4, pages 341-345, April 2007
5. 91. Nina Rambech, Personality and daily addictions, Dem Ausschluß für die Diplomprüfung in Psychologie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf, August 2001

92. C. L. Cooper, U. Rout, B. Faragher, Mental health, job satisfaction, and job stress among general practitioners. BMJ 298 : 366 doi: 10.1136/bmj.298.6670.366, February 1989

Παράρτημα

Ευρετήριο πινάκων

Πίνακας 1.2.1: Αριθμός και αναλογία Γενικών Ιατρών σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες, 2006...14

Πίνακας 3.3.1: Συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach.....35

Πίνακας 3.3.1: Κατανομή τύπου κατοικίας ανά ειδικότητα.....35

Πίνακας 3.3.2 : Σε ποιόν μοιάζετε φυσιολογικά.....37

Πίνακας 3.3.3 : Σε ποιόν μοιάζετε στο χαρακτήρα.....37

Πίνακας 3.3.4 : Συγγενής στο ιατρικό

επάγγελμα.....	38
Πίνακας 3.3.5 : Ειδικότητα που θεωρείται πιο εύκολη.....	39
Πίνακας 3.3.6 : Ειδικότητα που θεωρείται πιο δύσκολη.....	39
Πίνακας 3.3.7: Συσχέτιση Ειδικότητας και αναγνώρισης της ως τη δυσκολότερη.....	40
Πίνακας 3.3.8 : Ειδικότητα με μεγαλύτερο κύρος.....	40
Πίνακας 3.3.9 : Ειδικότητα που θεωρείται περισσότερο αδικημένη.....	41
Πίνακας 3.3.10: Συσχέτιση Ειδικότητας και αναγνώρισης της ως τη περισσότερο αδικημένη...41	
Πίνακας 3.3.11 : Ειδικότητα που θα επιθυμούσατε να έχετε πάρει.....	42
Πίνακας 3.3.12 : Ποιας ειδικότητας τα άτομα θα επιθυμούσατε να κάνετε παρέα;.....	43
Πίνακας 3.3.13 : Μπορείτε να ανακαλέσετε κάποιο γεγονός, το οποίο σας προκάλεσε έντονο άγχος ή στενοχώρια ως παιδί;.....	44
Πίνακας 3.3.14 : Αν ο σύντροφος σας ήταν γιατρός, ποιας ειδικότητας θα επιθυμούσατε;.....	44
Πίνακας 3.5.1: Συνοπτικός πίνακας αναφοράς.....	47
Πίνακας 4.4.1 : Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής.....	57
Πίνακας 4.4.2: Τιμές υποκλιμάκων των OAS σε τυπικό δείγμα 125 φοιτητών.....	58
Πίνακας 4.5.1 : Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής.....	58
Πίνακας 4.6.1 : Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας.....	60
Πίνακας 4.6.2: Τυπικές τιμές των υποκλιμάκων του SCL – 90 σε ελληνικό πληθυσμό.....	62

Πίνακας 4.7.1 :	Ερωτηματολόγιο	Επιθετικότητας	και	Κατεύθυνσης της	Επιθετικότητας.....	63
Πίνακας 4.7.2:	Vassos	et	al,	2007.....	64	
Πίνακας 4.7.3:	Price	et	al	(1980)	65	
Πίνακας 4.8.1 :	Κλίμακα	Βιωμάτων	στις	Διαπροσωπικές	Σχέσεις.....	66
Πίνακας 4.9.1 :	Κλίμακα	μέτρησης	του	φόβου	του	πόνου.....
Πίνακας 4.9.2:	Ενδεικτικές τιμές της κλίμακας FPQ σε τρία διαφορετικά δείγματα					68
Πίνακας 4.11.1 :	Ερωτηματολόγιο	Προσωπικότητας	του	Eysenck.....	70	
Πίνακας 4.11.2:	Συσχέτιση	Νευρωτισμού	και	Ψυχοτισμού.....	75	
Πίνακας 4.11.3:	Συσχέτιση	Νευρωτισμού	και	Εσωστρέφειας.....	75	
Πίνακας 4.12.1:	Συσχετίσεις	μεταξύ	επιλεγμένων	υποκλιμάκων.....	77	
Πίνακας 5.1.1:	Διαφοροποιήσεις	μεταξύ	Γενικών Ιατρών	και	Γενικών	Παθολόγων.....
Πίνακας 5.2.1:	Συσχέτιση	Ειδικότητας	και	Νευρωτισμού.....	81	
Πίνακας 5.2.2:	Συσχέτιση	Ειδικότητας	και	Εσωστρέφειας.....	82	
Πίνακας 5.3.1:	Διαφοροποιήσεις	μεταξύ	Ανδρών	και	Γυναικών.....	84
Πίνακας 5.4.1:	Συσχέτιση	Φύλου	και	Νευρωτισμού.....	86	
Πίνακας 5.5.1:	Συσχέτιση Νευρωτισμού και θεώρησης δυσκολίας της ίδιας ειδικότητας					88
Πίνακας 5.5.2:	Συσχέτιση Νευρωτισμού και θεώρησης κύρους της ίδιας ειδικότητας					88

Πίνακας 5.5.3: Συσχέτιση διαμονής και Νευρωτισμού ($p = 0,086$).....	89
Πίνακας 5.5.4: Συσχέτιση Νευρωτισμού και “Μετανιώνω για την επιλογή ειδικότητας”	89
Πίνακας 5.6.1: Συσχέτιση σειράς γέννησης και Ψυχωτισμού ($p = 0,006$).....	90
Πίνακας 5.6.2: Συσχέτιση οικογενειακής κατάστασης και Ψυχωτισμού ($p = 0,042$).....	90
Πίνακας 5.6.3: Συσχέτιση καλλιέργειας κατάστασης και Ψυχωτισμού ($p = 0,005$).....	91
Πίνακας 5.7.1: Διαφοροποιήσεις μεταξύ τόπου κατοικίας.....	92
Πίνακας 1: Παρουσίαση των διαφοροποιήσεων ανά τόπο κατοικίας.....	94
Πίνακας 6.1.1: Miller et al, 1989.....	102